

# Investigação e prática: Abordagens interdisciplinares sobre a saúde e o bem-estar das pessoas LGBTI+



**SOFIA NEVES & MAFALDA FERREIRA (COORD.)**

Organismo Intermédio:



Cofinanciado por:



Entidade Promotora:



# Ficha técnica

## **Título**

Investigação e prática: Abordagens interdisciplinares sobre a saúde e o bem-estar das pessoas LGBTI+

## **Coordenação**

Sofia Neves e Mafalda Ferreira

## **Entidade promotora**

Associação Plano i

## **Entidade financiadora**

Programa Operacional Inclusão Social e Emprego

## **Ilustrações**

Larissa dos Anjos

**Copyright** © 2022, Associação Plano i

**ISBN:** 978-989-33-3496-6

*Disclaimer:* Os conteúdos dos capítulos são da inteira responsabilidade das suas pessoas autoras.

# Índice

**Prefácio** - Rosa Monteiro, pag. 1

**Introdução** - Sofia Neves & Mafalda Ferreira, pag. 7

## **Saberes académicos**

Cap. 1 - Relacionamentos em pessoas LGBTQIA+ - Henrique Pereira, pag. 14

Cap. 2 - (In)visibilidades LGBTI+ - Eduarda Ferreira, pag. 43

Cap. 3 - Homoparentalidade: Da aspiração parental à constituição de famílias por pessoas LGBT+ - Pedro Alexandre Costa, Mariana Lopes & Inês Parente, pag. 65

Capítulo 4 - Discriminações interseccionais nas trajetórias de crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso em Portugal - Mafalda Esteves, pag. 94

Capítulo 5 - Diversidade de género e educação inclusiva: resistências, inovações e desafios em Portugal e Espanha - Sandra Palma Saleiro & Luis Puche Cabezas, pag. 124

# Índice

Capítulo 6 - (Des)Construção das Identidades de Mulheres Trans Migrantes Trabalhadoras do Sexo em Portugal- Sofia Costa & Liliana Rodrigues, pag. 161

Capítulo 7 - Saúde e Bem-Estar de pessoas LGBTQI+ Migrantes e Culturalmente Diversas em sociedades plurais - Carla Moleiro & Nuno Pinto, pag. 188

Capítulo 8 - Violência, discriminação e saúde em tempos de pandemia por COVID-19: Impactos nas vidas das pessoas LGBTI - Sofia Neves, pag. 208

Capítulo 9 - Bem-estar das pessoas LGBTQ\* com doença crónica: entre (in)visibilidade e Precariedade - Mara Pieri, pag. 231

## **Saberes profissionais**

Capítulo 10- Violência(s) *queer* - Daniel Seabra, pag. 254

Capítulo 11 - Papel da Pedopsiquiatria em crianças e jovens LGBTI+ - Rui Ferreira Carvalho, pag. 280

# Índice

Capítulo 12 - O papel das estruturas de atendimento, acolhimento e abrigo na intervenção junto de Vítimas de Violência Doméstica LGBTI - Paula Allen, pag. 308

Cap. 13 - Endocrinologia e Disforia de Género/ Incongruência de Género - Sara Monteiro, pag. 326

Cap. 14 - Fase cirúrgica do tratamento da disforia de género: cirurgias de mudança de sexo - Décio Ferreira, pag. 359

## **Saberes da sociedade civil**

Cap. 15 - Combater estigmas e preconceitos: a caracterização do envelhecimento LGBTI+ - Tiago Baeta & Helder Bértolo, pag. 378

Cap. 16 - Bullying contra Pessoas LGBTI: a importância da prevenção e da intervenção em contexto escolar - Marina Hintze & Marta Correia, pag. 403

**Notas sobre as pessoas autoras.** pag. 430

# PREFÁCIO

Rosa Monteiro

As políticas de igualdade e não discriminação são áreas de incerteza e de dificuldades permanentes na obtenção de consensos disciplinares e conceituais (para lá dos muitos obstáculos e resistências à sua materialização). Nascidas e institucionalizadas com o foco na promoção dos direitos das mulheres e no combate a um conjunto de estereótipos e de práticas sociais e institucionais que as penalizam em todas as esferas da sua vida, com impactos sociais severos, mas dificilmente reconhecidos, estas políticas estão atualmente num momento de reconfiguração no sentido da interseccionalidade e do alargamento à discriminação em razão da orientação sexual, da identidade e expressão de género e das características sexuais. O reconhecimento de outros sujeitos de discriminação e de desigualdade de género, para além das categorias binárias de homem e mulher ainda dominantes nas ciências e nas instituições é, pois, um dos desafios do momento, quer na academia, quer nas políticas de igualdade.

Fruto da evolução e dos debates internos, nem sempre pacíficos, das teorias e correntes feministas, as políticas de igualdade em Portugal reconhecem hoje que “Os estereótipos de género estão na origem das discriminações em razão do sexo diretas e indiretas que impedem a igualdade substantiva entre mulheres e homens, reforçando e perpetuando modelos de discriminação históricos e estruturais. Reflexo da natureza multidimensional da desvantagem, os estereótipos na base da discriminação em razão do sexo cruzam com estereótipos na base de outros fatores de discriminação, como a origem racial e étnica, a nacionalidade, a idade, a deficiência e a religião. Também assim, o cruzamento verifica-se com a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género, e características sexuais, assente em estereótipos e práticas homofóbicas, bifóbicas, transfóbicas e interfóbicas, e que se manifesta em formas de violência, exclusão social e marginalização, tais como o discurso de ódio, a privação da liberdade de associação e de expressão, o desrespeito pela vida privada e familiar, a discriminação no mercado de trabalho, acesso a bens e serviços, saúde, educação e desporto.” (Estratégia Nacional para a Igualdade e contra Discriminação 2018-2030). A ENIND 2018-30, que acabo de citar, é, pois, um documento ímpar no avanço para uma visão e prática de intervenção que, ultrapassando as dissensões e clivagens conceituais e políticas dos feminismos, congrega num mesmo documento e compromisso a necessidade

de reconhecimento e de resposta a sujeitos discriminados em razão das relações sociais de género.

Assim, reconhecendo a base comum da desigualdade e da violência nos estereótipos e hierarquias de género, ela propõe nos seus três planos de ação, objetivos e medidas concretas capazes de não deixar ninguém para trás, longe de sectarismos prejudiciais e perniciosos. Estabelece no seu objetivo “d) [a] Eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres, violência de género e violência doméstica, e da violência exercida contra as pessoas LGBTI”. Encontramos o foco neste domínio de intervenção no Plano de ação para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e à violência doméstica (PAVMVD) e, sobretudo, no Plano de ação para o combate à discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género, e características sexuais (PAOIEC), que estabelece como seu terceiro objetivo estratégico “Combater a discriminação em razão da OIEC e prevenir e combater todas as formas de violência contra as pessoas LGBTI na vida pública e privada”.

As relações de intimidade e familiares não são apenas lugares de afetos, como socialmente nos habituámos a romantizar e idealizar. Quem trabalha na área da violência de género, sabe-o bem. Sabe também que as pessoas LGBTIQ+ são particularmente vulneráveis a cadeias cumulativas de exclusão, de anulação de si e de violência psicológica, física e sexual. Como responder a esta realidade num quadro profissional, institucional e político centrado nas mulheres cisgénero como principais e predominantes vítimas de violência de género, tem sido o desafio.

As respostas específicas que foram sendo criadas no nosso país, desde 2016, têm sido decisivas no reconhecer e desvendar do problema. Além de garantirem o atendimento, o apoio multidisciplinar e o acolhimento das pessoas vitimadas, integrando a Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD), elas têm aberto importantes clareiras heurísticas e epistemológicas em domínios pouco estudados.

A ILGA Portugal, a Casa Qui e a Associação Plano i foram pioneiras neste trabalho sistemático e institucionalizado, às quais, atualmente, também a Opus Diversidade, se junta com resposta formalizada. Depois das estruturas de atendimento especializado da ILGA, Casa Qui e da Plano i (que realizam cerca de 5000 atendimentos anuais), a criação de uma resposta de acolhimento específico com a Casa Arco-Íris da Plano i, em agosto de 2018, que tive o gosto de inaugurar, foi um passo absolutamente

decisivo em Portugal. Entre 2018 e dezembro de 2021, acolheu e apoio cerca de 140 pessoas cis e trans. Seguiu-se-lhe a contratualização de apartamentos de autonomização, fruto do envolvimento dos municípios de Matosinhos e de Lisboa, que deram origem à *Reajo – Resposta de autonomização para jovens LGBTI* (16 aos 23 anos), da Casa Qui, em Lisboa, em dezembro de 2019 e à *Plano 3C, Casa Com Cor - e Autonomização para Pessoas LGBTI Vítimas de VD*, da Plano i, em setembro de 2020. Já no início de 2022, e na sequência da agudização das necessidades de apoio das pessoas LGBTI+ e suas famílias como consequência da crise pandémica que vivemos, reforçámos as respostas, através da protocolização, com a Casa Qui de uma clínica social de apoio psicológico, e com a AMPLOS, de uma resposta de apoio psicológico.

O modelo de contratualização com associações da sociedade civil representativas e especializadas nas problemáticas da OIEC tem sido fundamental para o sucesso destas respostas. Trata-se de ONG's com ampla experiência, cuja reflexão muito tem contribuído para o (re)desenho de políticas públicas intersectoriais, inclusivamente no contexto da pandemia por COVID-19, mas também para a produção de conhecimento e de literacia sobre as necessidades e especificidades das pessoas LGBTI+ vítimas de violência.

Não podemos ignorar que na Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica, cuja ampliação a todo o território consolidámos desde 2018, alcançando atualmente os 95% de cobertura concelhia continental, e nos modelos de respostas às vítimas, as questões OIEC estavam relativamente ausentes, invisíveis, senão mesmo descuradas. Só com os novos modelos de fichas únicas de atendimento, preparados em 2018/2019, e por influência destas estruturas/ONG, foram introduzidas alterações na categorização sociodemográfica das vítimas para incluir as pessoas trans. Também foram acauteladas estas especificidades em termos de vulnerabilidades acrescidas no Plano Anual de Formação Conjunta em Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica para a Administração Pública (RCM 139/2019), que formará mais de 12 mil profissionais de 5 áreas-chave (Administração Interna, Justiça, Educação, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde), o mesmo tendo acontecido no novo modelo de Estatuto de Vítima que lançámos em 2021.

Alguns agentes discordam da criação de respostas especializadas, entendendo que a RNAVVD deverá ter competências para tratar de todas as pessoas, independentemente

das suas particularidades. Tal propósito seria acertado se não tivéssemos: a) de responder no imediato a pessoas vítimas que muitas vezes são rejeitadas nas estruturas indiferenciadas; b) de consolidar um trabalho de formação e capacitação de profissionais da RNAVVD nas questões LGBTI+ que só foi iniciado nos dois últimos anos; c) de promover a produção de informação e conhecimento acerca das especificidades da condição destas pessoas nos processos de vitimação, para depois expandir essa informação e conhecimento a todos os agentes da RNAVVD. Digo isto, porque na realidade nunca considerei incompatíveis uma estratégia de mainstreaming com uma ação específica. Além do mais, como permitir que as vítimas de violência de género LGBTI+ se sintam condicionadas a ocultar a sua OIEC para se sentirem mais “adequadas” nas estruturas generalistas que deviam ser o seu porto de abrigo? Decidir e fazer políticas de igualdade é fazer opções, e colocar em primeiro lugar as pessoas, não entendimentos técnico-burocráticos dominantes. Foi aliás esse o sentido do meu trabalho nos anos que tive responsabilidades na área da igualdade e do combate à violência e nos quais conseguimos uma reviravolta na maneira de fazer, e que acaba de ser reconhecida no relatório do GREVIO (IC-CP/Inf(2022)4 *Conclusions on the implementation of recommendations in respect of Portugal adopted by the Committee of the Parties to the Istanbul Convention*) de 8 de junho de 2022<sup>1</sup>.

Na área LGBTI+, como os textos deste livro bem retratam, as necessidades são inúmeras, e por isso as apostas estratégicas transversais que foram realizadas na formação e capacitação (desde 2018 reforçámos a formação envolvendo mais de 12 000 pessoas); na ação das autarquias locais em todo o território (reforçámos esta dimensão local com o novo modelo de compromisso entre as autarquias e a CIG, em 2018); no apoio financeiro e institucional exclusivo às organizações da sociedade civil na área LGBTI+ que desde 2018, apoiando 19 projetos em todo o país e capacitando novas ONG que, entretanto, foram surgindo. A área da saúde é uma área prioritária como significámos com a elaboração da Estratégia de Saúde para as Pessoas LGBTI, em 2019, e a criação de mais 3 consultas especializadas, uma já inaugurada no Hospital de S. António no Porto, uma

---

<sup>1</sup> Cf. <https://rm.coe.int/ic-cp-inf-2022-4-eng-cop-conclusions-portugal/1680a6d171?fbclid=IwAR0hDTlsgE5BYZMG0f3q4AUSAA5xPDIxjxE8W1o6bSQOANuDS7E7jA8yxnw>

no Hospital de Faro (CHUA) e outra no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, em preparação desde 2021.

As pessoas LGBTI têm sido dos grupos mais discriminados, excluídos e estigmatizados, enfrentando situações de violência e de particular vulnerabilidade social, dificuldades no acesso a esferas fundamentais como a saúde, a educação, a segurança, a habitação, mas também o trabalho e o emprego, com impactos negativos no seu bem-estar físico e emocional, na sua autoestima e confiança, na sua realização pessoal e profissional e no sentido de pertença à sociedade. Hoje, os seus direitos estão sob ataque por forças conservadoras, populistas e de extrema-direita, na Europa e em Portugal, que perseguem, por exemplo, a educação para a cidadania e a igualdade, e que defendem linhas de retrocesso nos direitos adquiridos. É, pois, fundamental, insistir no trabalho de reconhecimento e de visibilidade, como o fazem neste livro e porque, como afirmámos na campanha nacional de 2020, #DireitosLGBTIsãoDireitosHumanos.

# INTRODUÇÃO

Sofia Neves & Mafalda Ferreira

Nos últimos anos, Portugal tem vindo a demonstrar, quer nos campos político e legislativo, quer nos domínios académico e social, um compromisso muito significativo no que respeita à promoção dos Direitos Humanos e, designadamente, à prevenção e ao combate à violência doméstica e à discriminação em função da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais.

Não obstante o esforço que tem sido feito, pelo Estado, pela sociedade civil e pela academia, desde a década de 90 do século XX, no sentido de procurar caracterizar a realidade das vítimas de violência doméstica, de um modo geral, são ainda poucos e muito pontuais os estudos científicos que retratem, em particular, a vitimação a que as pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo (LGBTI) estão sujeitas por parte de membros da família e/ou de outras pessoas com as quais mantêm ou tenham mantido relações amorosas ou de intimidade. Ainda que o governo português tivesse reconhecido, em 2016, a necessidade de criar respostas particularmente dirigidas a estas vítimas, disponibilizando-lhes estruturas de atendimento exclusivas, no âmbito da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica, o facto é que escasseiam ainda evidências empíricas sobre as trajetórias de vida destas pessoas e os impactos que a vitimação tem na sua saúde, qualidade de vida, bem-estar e funcionalidade.

Tendo em conta o exposto, e reconhecendo as vulnerabilidades múltiplas e os riscos acrescidos que as pessoas LGBTI enfrentam, fruto da sua intervenção no Centro Gis, na Casa Arco-Íris e na Casa com Cor, respetivamente uma estrutura de atendimento, uma estrutura de acolhimento de emergência e um apartamento de autonomização para vítimas de violência doméstica, mas também em outros projetos de prevenção e de combate ao *bullying* homofóbico e transfóbico, como é o caso do Gis vai à Escola, decidiu a Associação Plano i submeter ao Programa Operacional Inclusão Social e Emprego (POISE) uma candidatura, entretanto aprovada, para a realização de um Estudo sobre Trajetórias de Vida de Pessoas LGBTI vítimas de violência doméstica. Em curso desde 2019, o Íris visa, assim, colmatar uma lacuna no que respeita à investigação científica em matéria de violência doméstica contra pessoas LGBTI, tendo como fim último contribuir para uma melhoria das práticas de atendimento junto destas populações e, complementarmente, informar as políticas públicas neste âmbito.

Esta obra é um dos produtos deste Projeto pioneiro. Nela estão reunidos capítulos de pessoas oriundas da academia e da sociedade civil, mas também de profissionais que

exercem funções com pessoas LGBTI vítimas de violência doméstica em serviços públicos e/ou privados. Foi propósito deste livro compilar informação que possa ser útil para quem já trabalha ou estuda, ou pretende vir a trabalhar ou a estudar, um tema que, dada a sua especificidade e complexidade, mas também pela sua opacidade, carece de redobrado rigor e reforçado sentido de ética. Com efeito, a violência doméstica contra pessoas LGBTI é um fenómeno que exige a quem com ele intervém, para além do saber e do saber-fazer, uma postura de reflexividade.

O livro está organizado em três partes e em 16 capítulos. A primeira parte, sobre Saberes Académicos, é composta por 9 capítulos. O capítulo 1, da autoria Henrique Pereira, versa sobre Relacionamentos em Pessoas LGBTQIA+ e tem como objetivo oferecer uma visão abrangente dos relacionamentos que estas pessoas estabelecem, contribuindo para a desconstrução de mitos, atitudes negativas e má informação. O capítulo 2, cuja autora é a Eduarda Ferreira, discorre sobre as invisibilidades LGBTI+ em vários contextos, entre os quais o académico. O capítulo 3, da autoria de Pedro Costa, Mariana Lopes e Inês Parente, é sobre Homoparentalidade: Da aspiração parental à constituição de famílias por pessoas LGBT+ e tem como propósito analisar os fatores que facilita, e obstaculizam a concretização da parentalidade por pessoas LGBT+. O capítulo 4, da autoria de Mafalda Esteves, é sobre Discriminações interseccionais nas trajetórias de crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso em Portugal. O seu objetivo é refletir sobre o modo como a Lei da autodeterminação de género está a ser aplicada em diferentes domínios do acompanhamento das crianças e jovens. O capítulo 5, intitulado Diversidade de género e educação inclusiva: resistências, inovações e desafios em Portugal e Espanha é da autoria de Sandra Palma Saleiro e Luis Puche Cabezas e propõe-se traçar o retrato da situação das políticas de educação inclusivas da diversidade de género, desde uma perspetiva ibérica. O capítulo 6, escrito por Sofia Costa e Liliana Rodrigues, é sobre a (Des)Construção das Identidades de Mulheres Trans Migrantes Trabalhadoras do Sexo em Portugal e procura abordar a experiência de migração de três mulheres trans, integrando esta experiência nas suas (des)construções identitárias. O capítulo 7 é da autoria de Carla Moleiro e Nuno Pinto e versa sobre a Saúde e Bem-Estar de pessoas LGBTQI+ Migrantes e Culturalmente Diversas em sociedades plurais. O capítulo 8, escrito por Sofia Neves, é sobre Violência, discriminação e saúde em tempos de pandemia por COVID-19: Impactos nas vidas das pessoas LGBTI. Nele são apresentados alguns

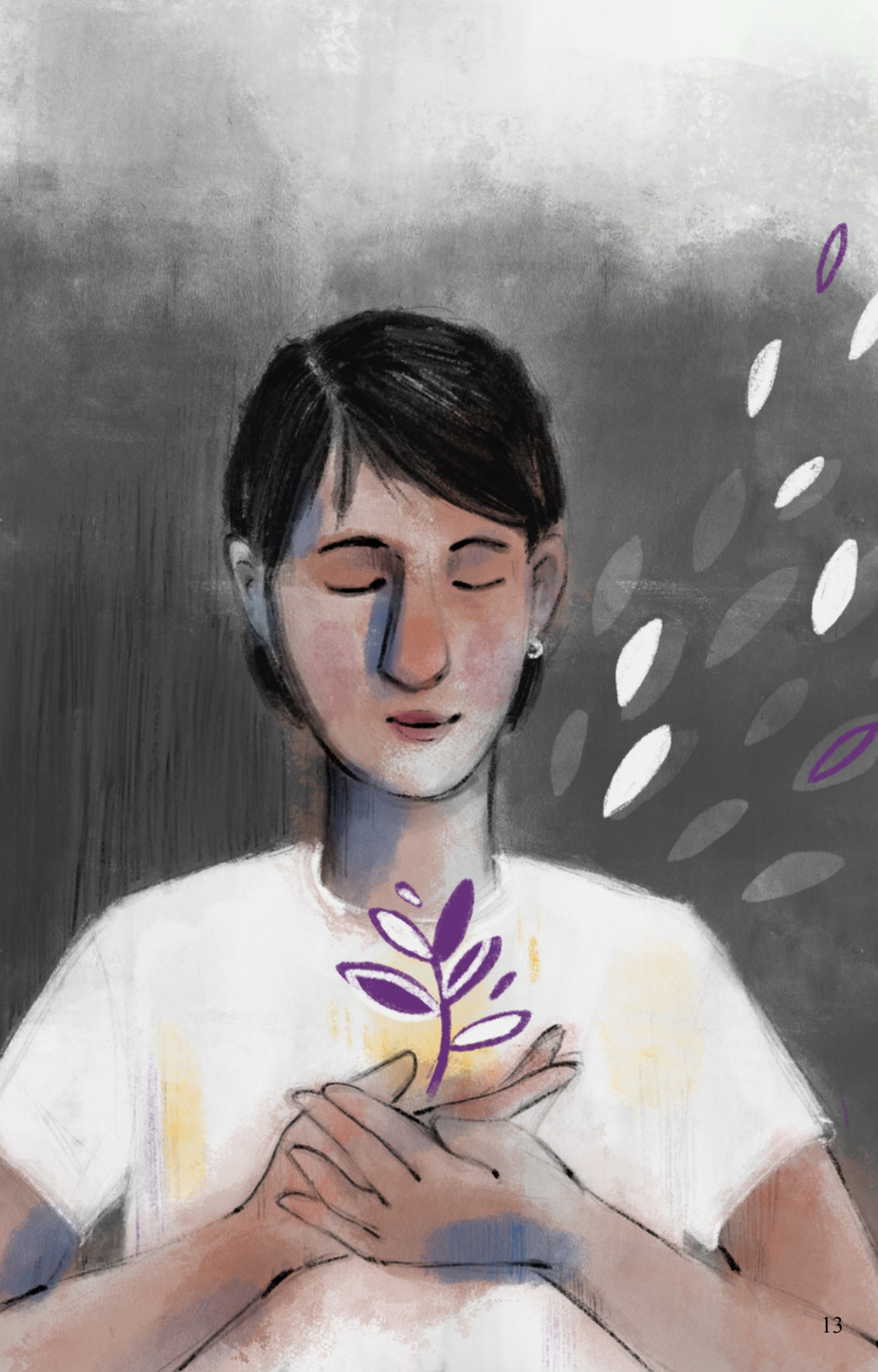
dos dados já disponíveis sobre os impactos da pandemia por COVID-19 nas vivências de discriminação e de violência das pessoas LGBTI, bem como na sua saúde mental e física. O capítulo 9, da autoria de Mara Pieri e intitulado Bem-estar das pessoas LGBTQ\* com doença crónica: entre (in)visibilidade e precariedade, foca-se numa reflexão sobre saúde e bem-estar das pessoas LGBTQ+ através da análise de alguns elementos decorrentes da investigação "Chroniqueers" realizada em Portugal e Itália entre 2016 e 2020.

A segunda parte da obra, sobre Saberes Profissionais, integra 5 capítulos. O capítulo 10, da autoria de Daniel Seabra, desmistifica as especificidades, motivações, atos e exemplos concretos associados a um espectro vasto de tipos de violência(s) queer, designadamente a violência homofóbica, bifóbica, transfóbica, acefóbica e interfóbica. O capítulo 11, escrito por Rui Ferreira Carvalho, é sobre o Papel da Pedopsiquiatria em crianças e jovens LGBTI+ e aborda a importância desta disciplina numa perspetiva integradora de discussão da despatologização vs necessidade de apoio e intervenção clínica especializada. O capítulo 12, da autoria de Paula Allen, é sobre O papel das estruturas de atendimento, acolhimento e abrigo na intervenção junto de Vítimas de Violência Doméstica LGBTI e discute as respostas existentes no país para esta população, problematizando a importância da rede informal de apoio. O capítulo 13, da autoria de Sara Monteiro e intitulado c, discorre sobre a importância do papel da Endocrinologia na aplicação de Terapia Hormonal de Substituição/Terapia Hormonal de Afirmação de Género. Finalmente, o capítulo 14, da autoria de João Décio Ferreira e intitulado Fase cirúrgica do tratamento da disforia de género: cirurgias de mudança de sexo, debruça-se sobre a componente cirúrgica do tratamento da disforia de género.

A terceira e última parte do livro é sobre Saberes da Sociedade Civil e compõe-se de 2 capítulos. O capítulo 15, da autoria de Tiago Baeta e Helder Bértolo é sobre Combater estigmas e preconceitos: a caracterização do envelhecimento LGBTI+. O seu objetivo central é enunciar as principais questões do envelhecimento LGBTI+. Por último, o capítulo 16, escrito por Marina Hintze e Marta Correia e intitulado *Bullying* contra Pessoas LGBTI: a importância da prevenção e da intervenção em contexto escolar, apresenta uma caracterização da violência e do *bullying* ao qual as pessoas LGBTI se encontram expostas, explorando as diferentes esferas e temáticas que constituem o fenómeno.

Esperamos que a leitura destes capítulos motive o interesse por saber e fazer mais, sempre no encalce de uma vida melhor para as pessoas LGBTI+ vítimas de violência doméstica. Esta obra é, também, uma homenagem a elas. A todas e a cada uma.

# SABERES ACADÉMICOS



# Capítulo 1

## **Relacionamentos em pessoas LGBTQIA+**

Henrique Pereira

## **Resumo:**

O estabelecimento e a manutenção de um relacionamento significativo são tarefas muito importantes para a maioria das pessoas LGBTQIA+. Apesar disso, as pessoas LGBTQIA+ poderão ter que lidar com um conjunto de especificidades associadas ao seu estatuto de minoria sexual que, por seu turno, poderão afetar a qualidade dos seus relacionamentos. Assim, o presente capítulo tem como objetivo oferecer uma visão abrangente dos relacionamentos que as pessoas LGBTQIA+ estabelecem e, assim, contribuir para um maior conhecimento desta temática. Está organizado em seis pontos principais: 1) a apresentação de alguns contributos introdutórios, 2) uma descrição das características dos relacionamentos LGBTQIA+, 3) uma descrição sumária das características dos relacionamentos LGBTQIA+ em pessoas mais jovens, 4) uma descrição das dinâmicas gerais dos relacionamentos LGBTQIA+, 5) uma abordagem breve sobre alguns assuntos específicos dos relacionamentos LGBTQIA+ (*coming out*, ciúmes e insegurança, viver juntos/as, relacionamentos à distância, conflito e violência de casal) e 6) implicações gerais para a intervenção afirmativa com casais LGBTQIA+. Espera-se, assim, que este capítulo seja útil na desconstrução de mitos, atitudes negativas e má informação, desafiando preconceitos e promovendo uma visão global, válida e valorizada dos relacionamentos em pessoas LGBTQIA+, ajudando na tarefa de tornar a nossa sociedade mais justa e inclusiva.

## **Introdução**

As pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans, queer, intersexuais, assexuais e outras (LGBTQIA+) são, muitas vezes, estigmatizadas devido ao seu estatuto de minoria sexual e, conseqüentemente, veem os seus relacionamentos homoafetivos menos apoiados ou menos reconhecidos pela sociedade quando comparados com os relacionamentos heteroafetivos (Herek, 2006; Frost, 2013). De facto, a experiência de estigmatização pode ser um stressor muito importante para os casais LGBTQIA+, conduzindo a piores indicadores de satisfação relacional, aumento de conflito, solidão e problemas sexuais (Frost & Meyer, 2009; Rostosky et al., 2007).

Os riscos e desafios que as pessoas LGBTQIA+ enfrentam por pertencerem a comunidades marginalizadas estão bem documentados na literatura, evidenciando as suas vulnerabilidades à saúde física e mental, suicídio e stress geral (Mustanski, Garofalo, &

Emerson, 2010; Pereira & Costa, 2016; Pereira et al., 2020), sendo ainda maiores para grupos particulares como as pessoas LGBTQIA+ mais jovens ou mais velhas, por exemplo (Pereira & Esgalhado, 2021; Pereira, 2021). Assim, as dinâmicas particulares que elas enfrentam na procura, estabelecimento e manutenção de relacionamentos significativos nem sempre são fáceis de gerir.

É mais ou menos claro que ter um relacionamento significativo é uma tarefa desenvolvimental fundamental para a maioria dos seres humanos (Roisman et al., 2008) e as pessoas LGBTQIA+ não são exceção (Brown, Ramirez, & Schniering, 2013). No entanto, as pessoas LGBTQIA+ enfrentarão, provavelmente, desafios particulares ao longo do seu ciclo vital que procuraremos aqui documentar. Assim, este capítulo pretende apresentar pistas para aquilo a que se refere como um relacionamento LGBTQIA+, ou seja, uma variedade de diferentes tipos de interação sociais, tipicamente focadas nos relacionamentos interpessoais com relacionamentos significativos, profundos ou próximos entre duas ou mais pessoas, que poderão incluir, ou não, arranjos maritais legalmente reconhecidos, como o casamento ou a união de facto.

Especificamente em Portugal, as pessoas LGBTQIA+ beneficiam de um nível de aceitação política e social sem precedentes, com consequências positivas para as suas vidas (Pereira & Monteiro, 2017), levando o país ao top 7 dos países europeus no que diz respeito aos direitos humanos das pessoas LGBTQIA+ (Rainbow Europe, 2019). Apesar disso, as identidades LGBTQIA+ continuam a coexistir com atitudes sociais negativas, fazendo com que as pessoas continuem a ter que lidar com a necessidade de negociar o impacto da discriminação no seu bem-estar, em particular na sua saúde física e mental (Pereira & Costa, 2016) e isso, necessariamente, traz consequências para o estabelecimento e manutenção de relacionamentos, assunto que nos propomos aqui tratar.

Assim, este capítulo foi organizado da seguinte maneira: primeiro, abordam-se algumas definições pragmáticas acerca dos relacionamentos LGBTQIA+, como se formam, que características apresentam e que com que dinâmicas se constroem; seguidamente, apresenta-se uma perspetiva desenvolvimental ao longo do ciclo vital (entre pessoas LGBTQIA+ mais jovens, adultas e mais velhas); finalmente, apresentam-se algumas pistas para o trabalho com pessoas LGBTQIA+ que se encontrem em alguma tipologia de organização relacional e que possam beneficiar a saúde e o bem-estar das pessoas LGBTQIA+ em Portugal.

## **Características dos relacionamentos LGBTQIA+**

Os relacionamentos em geral, e os relacionamentos significativos em particular, constituem uma oportunidade para fornecer gratificação pessoal, apoio, bem-estar e crescimento pessoal. No entanto, no palco relacional, também podem acontecer vários stressores que poderão, por seu turno, oferecer dificuldades. Os relacionamentos LGBTQIA+, em particular, têm sofrido de uma transformação significativa nas últimas décadas: a visibilidade. Com a crescente visibilidade, têm surgido também mais investigações que nos ajudam a informar com maior clareza as características particulares destes relacionamentos.

Quantos relacionamentos existem em Portugal? A resposta a esta pergunta não é fácil. No entanto, se utilizarmos os registos dos casamentos civis entre pessoas de mesmo sexo que vêm sendo celebrados no país desde que a legislação o permite (2010) até ao ano de 2020, verifica-se que o número ultrapassa os 4500. Sabendo que muitas pessoas escolhem não se casar, podemos antecipar que esse número será muito maior. No entanto, ainda que idealizada essa possibilidade, é necessário tornar explícitos um conjunto de custos inerentes ao estabelecimento de um relacionamento homoafetivo, entre outros: os sucessivos *coming out* para a família, amigos, colegas de trabalho, lidar com medos e ansiedades associados à expectativa de rejeição ou a dificuldade que muitas pessoas LGBTQIA+ verbalizam acerca da dificuldade de encontrar pessoas que procurem e desejem manter relacionamentos significativos. De facto, muitas pessoas LGBTQIA+ deparam-se com uma ausência de modelos e estruturas sociais que incentivem e valorizem um relacionamento significativo entre pessoas de mesmo sexo, o que pode levar à falta de confiança, falta de autoestima e falta de convicção no estabelecimento de relações, e isto poderá gerar um sentimento de impossibilidade e descrença.

Ao longo do seu desenvolvimento, as pessoas LGBTQIA+ tendem a lidar com dificuldades em estabelecer relacionamentos, quer sejam de amizade ou românticos, porque o sentimento de medo e antecipação da rejeição tipicamente associado às noções de valores heterossexistas e homofóbicas, bifóbicas ou transfóbicas, sustentam a criação de uma ameaça às visões tradicionais acerca do que seria a forma mais aceitável de estabelecer relacionamentos, tendo em vista valores morais e religiosos, tendencialmente prescritos pelas instituições sociais conservadoras, como a família ou a Igreja. Independentemente dos preconceitos, a visibilidade dos relacionamentos LGBTQIA+

está a aumentar devido à crescente aceitação de pessoas LGBTQIA+ na sociedade e também ao facto de se validar cada vez mais a construção das identidades baseadas na reivindicação e na legitimidade das categorias não-heterossexuais/não-cisgénero, o que permite a consolidação da luta dos direitos das pessoas LGBTQIA+.

Entre os pioneiros que conduziram estudos comparativos focados em relações amorosas entre casais de mesmo sexo e casais de sexo oposto, encontramos Kurdek que, em 1995, identificou cinco princípios-chave que modelam as relações de casais do mesmo sexo: (1) identificam-se como estando envolvidos numa relação de compromisso; (2) os casais de mesmo sexo têm maior probabilidade de empreender uma «ética de igualdade» quando comparados com os relacionamentos heterossexuais; (3) tal como nas relações heterossexuais, as relações entre pessoas de mesmo sexo mostram mudanças ao longo do tempo; (4) emergem poucas diferenças quando comparados diferentes níveis de satisfação para os casais de mesmo sexo e de sexo diferente; (5) e, finalmente, o prognóstico dos estabilizadores da relação e da satisfação com a relação são consistentes entre os casais homossexuais e heterossexuais. Portanto, desde há muito que se entende que a principal diferença entre casais LGBTQIA+ e casais heterossexuais é a de que estes últimos não têm de lidar com o preconceito sexual.

No entanto, são identificáveis outras diferenças relevantes como, por exemplo, os casais do mesmo sexo terem menos filhos e menos tendência para fundamentar as suas uniões em crenças espirituais (Solomon, Rothblum, & Balsam, 2004). Apesar disto, corrobora-se a ideia de que a legitimação dos relacionamentos entre pessoas LGBTQIA+ carece de sancionamento social. Se, por um lado, a existência de suporte social e familiar são fatores extremamente importantes na mediação da estabilidade dos casais heterossexuais, em casais de mesmo sexo tal tende a não se verificar, em parte pelas tensões emocionais elevadas pelo *coming out* aos familiares no momento em que revelam a sua orientação sexual.

Os casais heterossexuais casados recebem mais apoio da família e da sociedade para ficarem juntos e também tendem a ficar juntos devido a valores tradicionais e religiosos, ainda que estejam envolvidos num relacionamento infeliz. Deste modo, é possível que os casais de sexo diferente permaneçam mais tempo unidos por razões de natureza social. Por outro lado, os casais de mesmo sexo mostram tanta consistência e segurança nos seus discursos e comportamentos quanto os casais heterossexuais, não

revelando maiores insatisfações face às suas relações ou algo que pudesse ser considerado redutor da qualidade de vida ou da longevidade das relações, nem mesmo em relação ao comportamento entre parceiros, nomeadamente na resolução de conflitos (Roisman et al., 2008). De facto, as relações em casais do mesmo sexo e de sexo diferente são bastante similares entre si em diversos aspetos. No entanto, as relações entre casais do mesmo sexo são criadas e mantidas num contexto social caracterizado pelo estigma sexual o que, apesar de tudo, também pode constituir uma oportunidade para a adaptação e a capacidade de resiliência.

Não há muitos estudos portugueses que tenham investigado as características e as dinâmicas particulares de casais LGBTQIA+ em Portugal. Iremos, aqui, reproduzir os principais resultados de dois estudos realizados no país de maneira a contribuir para uma mais clara caracterização dos relacionamentos LGBTQIA+.

O primeiro estudo (Pereira, 2012) inquiriu 93 casais do mesmo sexo com uma média de idades de 33 anos e que se encontravam num relacionamento, em média, há 6 anos, variando entre 1 e 30 anos. Verificou-se que 75.2% dos participantes viviam juntos e 72.3% afirmaram já ter sentido algum tipo de discriminação enquanto casal, como por exemplo: na hora de obter benefícios laborais (11.6%), dificuldades na obtenção de seguros (9.67%), na solicitação de créditos bancários (7.09%), *check-in* em hotéis (4.51%), acesso a emprego (5.80%), arrendamentos de casa (2.58%), entre outros. Destes últimos que já sofreram algum tipo de discriminação, em 33.3% esta terá sido informal/implícita e em 19.3% terá sido formal/explicita.

Relativamente à existência de filhos/as, 15.1% dos/as inquiridos/as afirmou tê-los/as. Destes/as, 76.9% das pessoas revelou que os/as filhos/as eram provenientes de relações heterossexuais anteriores. No que concerne ao desejo de virem a ter filhos/as enquanto casal, 39.7% afirmam que «não», 25.8% que «sim» e 23.6% que «talvez». Quando indagados/as relativamente à forma como concretizariam este plano, 39.7% ambicionariam concretizar o seu projeto de parentalidade através da adoção, 34.4% citam outras situações não especificando a forma, 15% optariam pelo método de inseminação artificial, 7.52% pela utilização de barriga de aluguer e os restantes 3.22% referem o possível recurso a uma relação heterossexual. Dos casais que disseram ter filhos/as, 6 afirmaram que estes viviam na sua habitação, ao passo que os 14 restantes responderam que as crianças viviam com o/a outro/a pai/mãe. Relativamente à possibilidade de terem

filhos/as no futuro, 39.7% responderam que não, 25.8% manifestaram este desejo, 23.6% que talvez, 7.52% nunca pensaram sobre o assunto e 3.22% pressupõem uma outra situação.

No que concerne à exclusividade sexual, a grande maioria dos/as inquiridos/as afirmou ter um compromisso monogâmico com o/a seu/sua parceiro/a. Na realidade, 83% dos/as inquiridos/as revelou ter um compromisso monogâmico, ainda que este número fosse revelado como uma monogamia sem exceções em apenas 62.4% dos/as inquiridos/as. A frequência com que os/as inquiridos/as dizem ter quebrado o compromisso sexual apresenta valores semelhantes, sendo que 61.2% afirma nunca o ter feito, um valor muito idêntico daquele encontrado na questão anterior para a percentagem de inquiridos/as que mantinham relações monogâmicas sem exceções. Dos/as restantes, 34.4% afirmaram raramente quebrar o seu compromisso de exclusividade. Quanto à frequência com que o/a parceiro/a admitiu ter quebrado o compromisso relativamente à exclusividade sexual, 76.3% dos inquiridos responderam que nunca. Os dados encontrados remetem para uma dinâmica de exclusividade sexual monogâmica que representa a quase totalidade (82.8%) dos/as inquiridos/as, com ocasionais quebras desse compromisso, consentidas em 11 casos. As restantes relações são abertas (13.9%), ou não se enquadram nas categorias apresentadas (3.2%).

Quanto a dados relativos à Saúde e VIH verificou-se que a maioria dos/as respondentes disse não apresentar problemas de saúde, de natureza física e/ou mental, havendo apenas 3 sujeitos/as que identificam um problema de cada uma destas índoles. No que concerne ao VIH, 90,3% dos/as inquiridos/as afirmou-se VIH negativo/a, sendo que apenas 6.4% desconheciam o seu estatuto face à infeção. Os restantes 3% identificaram-se como VIH positivos. Relativamente à utilização de proteção nas relações sexuais com o/a parceiro/a, 67.7% dos/as respondentes afirmaram praticar sexo desprotegido, face a 22.5% que praticavam sexo seguro. Quanto ao risco percebido de possível infeção com o VIH no atual relacionamento, a maioria dos/as respondentes (61.2%) afirma que o risco é inexistente, ao passo que 38.7% admitem existir um risco baixo. Nenhum/a dos/as inquiridos/as acreditava que existisse alto risco de transmissão do VIH no seu atual relacionamento.

Na categoria “Qualidade do Relacionamento”, foi pedido aos/às participantes que identificassem, de entre uma lista de possibilidades, fatores que tivessem já afetado o seu

relacionamento. Verificou-se um conjunto significativo de fatores que afetavam os relacionamentos dos casais participantes e que, desses, os mais mencionados se referiam a: 1) Problemas de comunicação entre o casal (19.8%); 2) Sentimentos de ciúme (15.4%); 3) Problemas com amizades (11.1%); 4) Problemas financeiros (9.52%); 5) Desconfiança do/a parceiro/a (8.73%); 6) Problemas profissionais (6.74%); 7) Problemas sexuais (6.74%); 8) A não-aceitação do relacionamento por parte da família e problemas com familiares (2.15%). Foi também solicitado aos casais em análise que identificassem, numa escala de 1 a 10 a qualidade do seu relacionamento atual. Todos os participantes neste estudo, avaliaram a sua relação entre 8 e 10 revelando que, apesar dos fatores que anteriormente identificavam como constrangimentos à relação, a qualidade do seu relacionamento era vista como muito boa ou excelente.

Em relação às questões de suporte social, de todos/as os/as participantes neste estudo, 27% referiram já ter pedido algum tipo de apoio, enquanto casal, para ajudar à resolução de eventuais problemas, enquanto 73% referem não o ter feito. Dos/as que pediram apoio, 36.5% recorreram aos/às amigos/as, 7.5% recorreram a um/a psicólogo/a, 2.2% a um padre e apenas 1.1% a familiares. Dos/as participantes que referiram não pedir apoio, 40% afirmaram resolver os problemas entre si, não necessitando, por isso, de recorrer a ninguém. No geral, as fontes de suporte ao relacionamento que os casais do estudo identificaram foram variadas, sendo que «amigos/as heterossexuais» (17.1%) e «amigos gays» (16.1%) foram as fontes mais frequentemente mencionadas. Também os/as «irmãs/os» (10.1%), a «mãe» (9.70%) e as «amigas lésbicas» (8.70%) foram fontes significativamente mencionadas pelos participantes.

O estudo também abordou aspetos relativos às dinâmicas sexuais e do relacionamento em geral. Para a grande maioria dos participantes, a qualidade da interação sexual foi considerada como bastante positiva, sendo que mais de metade da amostra (58%) a qualificou de excelente, 31.1% como boa e os restantes 10.7% como razoável. Acerca da forma como os casais preferem nomear o/a seu/ua parceiro/a, mais de metade dos/as participantes (56%) prefere nomear de «namorado/a». Relativamente ao enquadramento legal dos casais participantes neste estudo, verificou-se que a maioria (65.1%) tem apenas um contrato verbal de vivência em comum, não tendo por isso qualquer enquadramento legal. O estatuto da união de facto verificou-se em treze casais, o que corresponde a 14.6% das respostas, e apenas 21.3% possui algum tipo de estatuto

legal. Para 56.9% dos casais participantes, a atual relação era vista como sendo «para toda a vida», enquanto para 34.4% dos casais era encarada como «para muito tempo mais»; por fim, para 8.6% dos casais é vista como para «apenas para algum tempo mais». Quanto à ritualização do relacionamento, em 41.3% dos casais não houve qualquer celebração, em 11.5% houve uma cerimónia; finalmente, 36.5% deles disseram usar aliança.

O outro estudo, realizado em 2015, contou com a participação de 388 pessoas LGBTQIA+ que estavam num relacionamento significativo, com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos ( $M = 34$ ;  $DP = 10.61$ ) (Jerónimo, 2015). No que se refere à orientação sexual, 166 eram mulheres lésbicas (43.0%), 136 eram homens gays (35.2%), 67 eram mulheres bissexuais (17.4%) e 17 eram homens bissexuais (4.4%).

No que se refere ao tempo de relacionamento dos/as participantes, verificou-se que 24 (6.2%) apresentavam um relacionamento com menos de 6 meses, 46 (11%) tinham um relacionamento até um ano, 79 (20.5%) tinham um relacionamento até 3 anos, 97 (25.1%) tinham um relacionamento até 5 anos, 78 (20.2%) encontravam-se num relacionamento até 10 anos, 40 (10.4%) até 15 anos, 14 (3.6%) num relacionamento até 20 anos e 8 (2.1%) encontravam-se num relacionamento de mais de 20 anos ( $M = 5.07$ ;  $DP = 5.896$ ).

Em termos de tipologia de relacionamento, dos/as participantes neste estudo 252 (65.6%) encontravam-se em namoro ou compromisso afetivo, 71 (18.5%) eram casados/as, 53 (13.8%) estavam em união de facto e 8 (2.1%) encontravam-se noutra situação. Quanto ao compromisso de exclusividade sexual, verificou-se que a maioria dos/as participantes 312 (81.3%) diziam ser monogâmicos, 24 (6.3%) encontravam-se em monogamia com exceções consentidas, 17 (4.4%) em monogamia com exceções pontuais não informadas e 25 (6.5%) tinham relação aberta à interação sexual com terceiros/as.

No que diz respeito a ter filhos/as, 337 (87.5%) participantes disseram não terem filhos/as e 48 (12.5%) disseram ter filhos/as, sendo que dos/as participantes que tinham filhos/as, 25 (55.6%) tinham um/a filho/a, 17 (37.8%) dois/uas filhos/as e 3 (6.7%) três filhos/as ( $M = 1.51$ ;  $DP = .626$ ). O estudo chamou a atenção para a importância de fatores como a identidade LGBTQIA+ positiva, estilos de vinculação segura e satisfação com o suporte social como preditores significativos para a satisfação relacional nestes casais.

Estes estudos portugueses permitem suportar a ideia de que muitas pessoas LGBTQIA+ que se encontram vinculadas a alguma tipologia relacional estão satisfeitas

com a qualidade dos seus relacionamentos ainda que tenham que enfrentar alguns obstáculos específicos, nomeadamente a falta de suporte familiar, ora porque ainda não fizeram o *coming out* ou porque não recebem validação por parte da família alargada, tendo que recorrer à estratégia da família de escolha. Contrariando um outro «mito» importante, verificamos um conjunto de indicadores que evidenciam que as relações LGBTQIA+ são psicologicamente ajustadas, maduras, fontes de felicidade e facilitadoras do desenvolvimento humano.

### **Relacionamentos LGBTQIA+ em pessoas mais jovens**

Para as pessoas LGBTQIA+ mais jovens, em particular, a experiência de ter e manter relacionamentos pode não ser uma tarefa fácil, na medida em que os/as adolescentes estão, ainda, num processo de resolução identitária, tipicamente associada à adolescência. Assim, para além das tarefas desenvolvimentais típicas, os/as jovens podem encontrar-se num momento crítico da exploração da sua sexualidade e da necessidade de estabelecimento de relações românticas (DeHaan et al., 2013). De facto, iniciar e manter relacionamentos significativos e satisfatórios é um evento significativo na transição para a vida adulta, mas muitos/as jovens LGBTQIA+ podem sentir-se julgados/as, excluídos/as ou oprimidos/as devido à sua orientação sexual e/ou identidade de género (Mustanski, Newcomb, & Garofalo, 2011), o que pode resultar na ocultação da mesma, na internalização da homo ou transnegatividade ou na invalidação das relações do mesmo sexo (Detrie & Lease, 2007).

Vários estudos têm demonstrado que os relacionamentos entre jovens LGBTQIA+, quando comparados com os relacionamentos dos/as jovens heterossexuais e cisgénero, apresentam mais riscos para o sucesso, nomeadamente problemas escolares (Bos et al., 2008), experiências de discriminação (Fox et al., 2020), mais depressão e falta de autoestima (Hall, 2018), isolamento e tentativas de suicídio (Pereira & Rodrigues, 2015), sobretudo se não tiveram o apoio dos pais, outros familiares ou amigos/as (Goodman, 2021). Estes indicadores estão associados ao ambiente de discriminação social que ainda existe na sociedade. De facto, entre 40 e 80% dos jovens LGBTQIA+ sofrem de violência associada à sua orientação sexual e/ou identidade de género (Russell, Franz, & Driscoll, 2001) e isto, necessariamente, conduz a um desenvolvimento

identitário condicionado pela estigmatização e discriminação, afetando o estabelecimento e a manutenção de relacionamentos significativos.

Para muitos/as adolescentes e jovens adultos/as, ter e manter um relacionamento significativo é, também, gerir repertórios comportamentais e expectativas sociais moldados pelas crenças negativas que, provavelmente, irão condicionar a qualidade dos seus relacionamentos (Lyons & Hosking, 2014). No entanto, também acontece que os/as jovens LGBTQIA+ também podem estar satisfeitos/as com os seus relacionamentos, apesar das circunstâncias negativas. Num estudo português recente (Pereira & Esgalhado, 2021), ficou claro que a presença de resiliência dos/as jovens pode mitigar o impacto negativo que a opressão exerce.

Assim, fica claro que, para os/as jovens LGBTQIA+, a possibilidade de terem relacionamentos significativos se torna, ela própria, uma oportunidade para receber e oferecer apoio emocional que, obviamente, não exclui o acesso a outras fontes de suporte mais tradicionais como os/as amigos/as ou a família (Johns et al., 2018).

### **Dinâmicas dos relacionamentos LGBTQIA+**

Vários são os contributos para o entendimento das dinâmicas dos relacionamentos LGBTQIA+. Por exemplo, Gottman et al. (2003) demonstraram que as pessoas LGBTQIA+ que procuram relacionamentos significativos fazem-no em busca do mesmo tipo de apoio, o mesmo tipo de romance e o mesmo tipo de ligação afetiva que os casais heterossexuais. No caminho, provavelmente terão que lidar com desafios particulares, como a violência e a agressão no seio da relação (Chong, Mak, & Kwong, 2013), ou o stress e a homonegatividade internalizada (Liang, & Huang, 2021) mas, no geral, no processo de construção de um relacionamento significativo existem etapas mais ou menos padronizadas que podem ajudar a compreender essas dinâmicas.

McWhirter e Mattison (1996) desenvolveram um dos modelos mais conhecidos acerca da dinâmica dos relacionamentos LGBTQIA+, de seis etapas e baseado em entrevistas a 150 casais ao longo de cinco anos. A primeira noção a ter em conta nesta compreensão é o clima no qual o relacionamento entre pessoas LGBTQIA+ se desenvolve. Dizem eles:

«Os casais heterossexuais não estão preocupados com a aceitação das suas famílias mútuas ao passo que esta é a regra para os casais

LGBTQIA+. Os casais heterossexuais vivem com a expectativa de que as suas relações são para durar ‘até que a morte os separe’, enquanto os casais LGBTQIA+ perguntam-se se os seus relacionamentos poderão sobreviver. Os casais heterossexuais têm uma grande variedade de modelos para as suas relações, enquanto as pessoas LGBTQIA+ têm apenas os mesmos modelos heterossexuais, incluindo as suas próprias famílias, que elas podem tentar imitar, mas sem ser adequado... As pessoas heterossexuais raramente questionam se a sua orientação sexual está errada, mas, nalgum momento das suas vidas, as pessoas LGBTQIA+ fazem-no».

Nos tempos atuais, muitas das narrativas do preconceito são, provavelmente, mais subtis, com novas palavras e novas formas de entender a não-legitimação das relações entre pessoas do mesmo sexo, mas que resultam numa mensagem de não validação ou numa validação secundária das relações LGBTQIA+. Assim, para os autores, é neste ambiente que ocorrem as seis fases da dinâmica relacional.

*1.ª fase: Blending Ou Mistura.* É uma fase inicial onde acontece uma certa «unificação» dos membros do casal numa entidade única. Cada pessoa sente-se feliz por não estar sozinha e isolada, passa a maior parte do seu tempo livre com a pessoa que ama e experiencia fortes sentimentos de amor romântico e atividade sexual muito frequente. Procuram equilíbrio na responsabilidade, nas regras domésticas e nos objetivos mútuos; ao mesmo tempo, vão conhecendo as virtudes e os defeitos de cada um/a. Esta primeira fase pode ser um período bastante difícil para algumas pessoas, na medida em que poderão ter tido experiências de socialização que lhe inculcaram uma noção papéis de género pouco clara que, para os casais de sexo diferente, parece ser óbvia socialmente.

*2.ª fase: O ninho.* A segunda fase acontece entre os segundo e terceiro anos de relação. Esta fase é marcada pela construção do lar, pelo reforço do compromisso e pelo encontro das compatibilidades através da aceitação das diferenças de personalidade e estilos pessoais, necessidades e objetivos. O fim do período de «lua de mel» é comum também durante este tempo, mas é compensado por uma visão mais realista da relação e do/a companheiro/a. Este contacto com a realidade implica uma visão objetiva das coisas

tal como elas são, possibilitando também uma maior aceitação mútua, sem grandes juízos de valor.

*3.ª fase: A Manutenção.* Nesta etapa, os membros do casal são convidados a equilibrar as suas individualidades no contraponto com as tradições e rituais do casal, ou seja, a busca do «eu» no seio do «nós» que já está instituído. Esta poderá não ser uma tarefa fácil, na medida em que cada um dos «eu» poderá voltar-se, por exemplo, para amizades fora da relação, para a realização de sonhos pessoais, hobbies ou atividades diversas o que, por sua vez, poderá desencadear renegociação de algumas regras antigas relativas ao «nós». Nesta etapa, também é necessário compreender que poderão surgir vários desafios que, de uma maneira ou outra, desafiarão as estruturas da relação. Problemas financeiros, mudanças profissionais, exigências de carreira, acomodação às rotinas, desinvestimento na comunicação de qualidade, sobretudo aquela que avalia também a qualidade da própria relação... todas estas possibilidades poderão levar ao desenvolvimento de um sentimento de isolamento emocional... a ideia de estar sozinho dentro de uma relação. Aliado ao facto de muitos casais poderem não contar com o apoio da família de origem ou mesmo com algum tipo de discriminação decorrente da sua diferença. Acontece aqui uma «derrapagem de sentimentos positivos» que descreve o modo como alguns casais até poderão dizer que se sentem felizes com a sua relação, mas que, na verdade, ignoram as pequenas dificuldades e focalizam apenas nos aspetos positivos. Se, por um lado, é uma estratégia muito funcional, que permite a manutenção de uma avaliação dos benefícios de estar nessa relação, por outro, poderá estar a escamotear problemas que, a longo prazo, se poderão tornar em pedras no sapato.

*4.ª fase: A Construção.* A quarta fase deste modelo pode ocorrer entre os 6 e os 10 anos de tempo de duração da relação. Esta etapa é marcada pela resolução de assuntos que poderão ter ficado pendentes na fase anterior. Os elementos do casal finalmente sentem que a sua ligação é saudavelmente dependente e que se conhecem mutuamente muito bem. Já estabeleceram um novo equilíbrio entre a dependência e a independência e conseguem estabelecer objetivos em conjunto, por exemplo, mudanças de carreira, planos de reforma, etc. Algumas pessoas poderão ter a ideia de que as relações entre pessoas do mesmo sexo são inquestionavelmente não-monogâmicas. As pessoas que

pensam assim, e que têm razões para pensarem assim, deverão enquadrar essa posição num quadro não fundamentalista de possibilidades. Uma poderão ser, outras não. Para além disso, a monogamia deverá ser entendida como o respeito pelas regras que as pessoas estabelecem para si enquanto casal. Então, nesta etapa, estar satisfeito/a com a relação que se tem poderá passar pela possibilidade de construir uma vida em conjunto, por partilhar projetos de vida que envolvam a divisão de responsabilidades de forma equitativa e onde o sentimento de «nós» se consolida na convivência conjunta.

*5.ª fase: Libertação.* Esta fase poderá acontecer entre os 10 e os 20 anos de relacionamento. Aqui, os membros do casal experienciam um sentimento de liberdade que só é possível obter com base numa confiança plena e numa aceitação total de si e do/a outro/a sem qualquer pretensão de o/a fazer mudar. Acontece uma proximidade íntima de companheirismo e elevados níveis de satisfação com a relação. Aspectos práticos como o dinheiro e os recursos disponíveis já não são partilhados, mas simplesmente integrados como propriedade mútua. O risco apontado nesta fase é a possibilidade de as pessoas se tornarem acomodadas e encararem a vida com algum aborrecimento. Poderão não questionar o/a outro/a com base no que já conhecem dele/dela, poderão criar algum afastamento, perdendo intimidade e proximidade. Não se trata de aceitar que essas mudanças acontecem inevitavelmente, mas também de saber adaptar-se às mudanças de forma construtiva. É verdade que vamos mudando conforme o tempo passa e, naturalmente, muda também a relação e quem somos no seio de uma relação. Então, como tudo na vida, a chave está na capacidade de nos adaptarmos às mudanças que a vida proporciona e saber utilizá-las como forma de criar novas aprendizagens.

*6.ª fase: Renovação.* Finalmente, a sexta e última fase diz respeito à «renovação». Aqui poderá acontecer uma espécie de consolidação de todas as fases anteriores; o casal beneficia de segurança emocional e financeira, e os membros têm mais tempo um para o outro. Provavelmente estarão numa fase do seu ciclo de vida mais terminal, onde se tornam mais salientes os valores da sabedoria, do sentido da vida, um sentido de produtividade (ou não) decorrente da reforma e, claro, saber integrar as mudanças que o envelhecimento causa, também tendo em conta as especificidades das pessoas LGBTQIA+ mais velhas. A possível ausência de filhos/as, os laços perdidos com a

família alargada, o acumular de experiências de vitimização, etc., poderão estar associados a sentimentos de tristeza e baixa autoestima. Poder contar com uma ponte de suporte social nesta fase da vida torna-se fundamental.

### **Assuntos específicos dos relacionamentos entre pessoas LGBTQIA+**

#### *Coming out*

O *coming out* individual é um processo complexo, mas central no desenvolvimento das identidades LGBTQIA+, envolvendo transformações intra e interpessoais, que começam muitas vezes na adolescência, levam ao reconhecimento de sentimentos eróticos e/ou românticos, e terminam na acomodação de um rótulo LGBTQIA+ (Pereira, 2009). Para algumas pessoas, assumir a sua sexualidade implica identificarem-se privada ou publicamente como LGBTQIA+; para outras, não.

Tendo em conta as circunstâncias psicossociais da homo, bi e/ou transnegatividade, para as pessoas que têm um relacionamento LGBTQIA+ fazer um *coming out* enquanto casal (para amigos/as, família, no local de trabalho, grupos de interesse, etc.) poderá representar algum risco de rejeição, stress e dificuldades emocionais (Frost et al., 2017).

Não é fácil discernir se as pessoas que escolhem não fazer um *coming out* enquanto casal o fazem porque não desejam expor a sua intimidade, ou se escolhem não o fazer por receio das eventuais represálias que essa decisão possa ocasionar. De qualquer modo, é importante que, enquanto casal, haja um enquadramento adequado em relação aos níveis de *coming out* que estão dispostos/as a fazer, pois isso ajuda a fortalecer as vantagens de se ter e manter um relacionamento, no domínio dos seus três principais pilares: respeito e apreciação das diferenças individuais, emoções e interações positivas e comunicação e negociação eficazes; e no domínio das suas principais características positivas: intimidade, compromisso, ideias igualitárias e *coming out* (Rostosky, & Riggle, 2017).

Muitas vezes as pessoas LGBTQIA+ fazem duplos *coming out*, revelando a sua identidade sexual e o facto de terem um relacionamento com alguém do mesmo sexo. Apesar da ansiedade inerente a esta revelação, existem várias vantagens assinaláveis ao *coming-out* para a saúde relacional dos casais. Desde logo, a minimização da necessidade de esconder o relacionamento e, com isso, promover uma maior visibilidade, maior

partilha de atividades e maior aproximação entre os elementos do casal. Por outro lado, fazer um *coming out* como casal gera mais calma e segurança emocional na vivência do dia-a-dia sem os constantes receios de descoberta e, ao mesmo tempo, promove uma maior proximidade e validação por parte das pessoas que realmente aceitam o casal e o seu relacionamento (Tatum, 2016).

Não fazer o *coming out* também é uma decisão legítima; provavelmente, isso trará mais segurança no trabalho, nos círculos de amigos e vizinhança, assim como gerará mais aceitação por parte dos familiares e amigos que sejam homofóbicos/bifóbicos/transfóbicos. No entanto, os custos emocionais serão, provavelmente, elevados, especialmente nos domínios da gestão da vitimização e das microagressões, no funcionamento relacional, nas interações entre os membros do casal que gerem stress e conflito, afetando negativamente o estilo diádico, a qualidade da relação e o tempo de duração da relação (Feinstein et al., 2018).

Não existindo uma solução universal para todos os casais, acontece que muitas pessoas LGBTQIA+ esperam, precisamente, ter um/a companheiro/a significativo/a para comunicar às pessoas importantes para si que são LGBTQIA+. Portanto, a experiência de ter alguém e viver com esse indivíduo uma relação significativa é algo muito importante na vida de uma pessoa para que possa ser mantido em segredo sem que isso traga consequências negativas. Encontrar um *timing* certo e motivos particulares para fazer um *coming out* enquanto casal ganha pertinência.

Entender como se pode apresentar a situação de forma positiva e assertiva; focar na procura de soluções criativas face a algumas dificuldades que possam surgir e trabalhar afincadamente para evitar o surgimento de sentimentos de culpa, vergonha e de desonestidade é fundamental.

### *Ciúmes e insegurança*

O ciúme, diz o dicionário, é a inveja de alguém que usufrui de uma situação ou de algo que não se possui ou que se desejaria possuir em exclusividade; um sentimento de possessividade em relação a algo ou alguém; ou um sentimento gerado pelo desejo de conservar alguém junto de si ou por não conseguir partilhar afetivamente essa pessoa. Trata-se, então, de sentimento gerado pela suspeita da infidelidade de um/a parceiro/a enquanto o medo de perder a importância que cada um detém na vida do outro,

transformando-se numa reação a uma ameaça percebida e à existência de um rival real ou imaginário. A razão pela qual se fala do ciúme aqui é porque ele está presente de forma muito prevalente nas relações LGBTQIA+ (de Almeida et al., 2018), iremos tentar perceber porquê.

Muitas vezes, o estabelecimento de um relacionamento significativo é encarado como um exercício de fidelidade, devido à segurança emocional que este gera e transmite. No entanto, essa fidelidade é muitas vezes questionada, surgindo o ciúme como uma reação possível quando ocorre uma ameaça à estabilidade do relacionamento. Tal como em qualquer relacionamento, a existência de ciúmes pode tornar-se um obstáculo importante na medida em que, muitas vezes, se atualizam mecanismos de defesa da integridade das relações com algum tipo de represália, hostilidade ou vingança, o que não é muito compatível com a manutenção do equilíbrio. Ao mesmo tempo, a falta de validação social que as relações do mesmo sexo têm pode gerar um sentimento incessante de busca dessa mesma validação e os ciúmes podem ser um fator de atrapalhão.

Outro dos problemas que podem existir a este nível tem a ver com a cultura de insegurança que os ambientes LGBTQIA+ podem ocasionar. Bares, discotecas, a internet e as aplicações, entre outros, são espaços onde a atmosfera da predação sexual pode estar presente e essas são circunstâncias pouco oportunas para amparar a integridade de uma relação, até porque poderão estar presentes substâncias tóxicas que poderão afetar o controlo consciente das fronteiras do relacionamento.

Discutir as origens do ciúme é muito importante. Existe um certo tipo de ciúme que até pode ser encarado como saudável (aquele tipo de ciúme suave ou moderado que pode ser entendido como uma demonstração de amor) e que até pode proteger a relação das tentativas de aproximação de outras pessoas, mas o mau ciúme pode ter mesmo consequências devastadoras na relação, criando raiva, ressentimento, desconfiança, obsessão, controlo ou mágoa.

O esclarecimento dos motivos para a existência de ciúmes pode ajudar os/as companheiros/as a planear uma estratégia para proteger a relação das adversidades exteriores, minimizando o efeito de sentimento de ameaça que algum/a dos/das parceiros/as possa sentir e negociar, de forma aberta, soluções práticas que promovam o aprofundamento dos laços de vinculação que existam na relação de amor e compromisso entre os membros do casal.

Uma das problemáticas essenciais associadas à existência de ciúmes é, precisamente, a falta de confiança no/a parceiro/a. Esta falta de confiança pode estar relacionada com uma baixa autoestima, com experiências passadas de traição ou desrespeito, ou com algum tipo de crenças que depositam expectativas de pouco sucesso nas relações entre pessoas do mesmo sexo. Qualquer que seja a situação, por vezes é necessário algum tempo até que os laços de confiança se consolidem, através das provas dadas de que é permitido confiar no/a outro/a sem receio de ser abandonado/a, traído/a ou desrespeitado/a.

É necessário reconhecer este tipo de sentimento, pois não vale a pena negar que ele existe e que pode atrapalhar a relação; pelo contrário, o que pode ser feito é uma aprendizagem para o gerir e minimizar. É necessário compreender que tipo de circunstâncias acionam a ocorrência de ciúme e entender quais os níveis de dependência emocional do/a parceiro/a. Quer isto dizer que o ciúme poderá, por vezes, mascarar um problema mais profundo e sério no seio da relação que tem a ver com a incapacidade de amar e ser amado/a de forma autónoma e independente. Compreender as fronteiras da identidade e fomentar uma autonomia emocional é importante e saudável pois, apesar de existirem afetos e vínculos de amor, isso não quer dizer que deva existir um cordão umbilical.

O ciúme não deve controlar a vida de um casal. Pelo contrário, o ciúme deve ser encarado como uma oportunidade de melhorar aspetos na vida da relação que possam não estar tão bem consolidados e, com isso, facilitar o aprofundamento da relação no sentido de reforçar o compromisso. É necessário ter maturidade para converter o ciúme em autoestima, paixão e estima para que a relação prevaleça.

### *Viver juntos/as*

Tomar a decisão de viver juntos/as ou não é uma resolução muito importante na vida de duas pessoas que têm um relacionamento significativo. À partida, esta pode ser uma decisão que gera felicidade, harmonia e aproximação, mas, por outro lado, não está isenta de tensão e dificuldades. Existem muitos benefícios práticos na decisão de viver juntos/as: economia de custos, apoio mútuo, partilha de tarefas, etc., mas o facto de estarem sempre juntos/as também pode trazer a necessidade de se adaptarem a esta nova

situação. Tal como todas as situações de adaptação, poderá surgir algum tipo de stress, até que os ritmos de ambos/as se encontrem e se banalizem.

Há alguns casais que podem tomar a decisão de viver juntos com a expectativa de isso ajudar a sarar algumas feridas que pudessem existir previamente; ora, provavelmente acontecerá precisamente o contrário. A experiência de partilhar muito tempo em conjunto irá acentuar essas feridas e, a menos que sejam reparadas, irá gerar dano na relação. É que viver juntos/as exige um importante comprometimento com a necessidade de se ser flexível face às transgressões que existem, quer sejam no espaço da intimidade pessoal, quer sejam relativas ao não ter puxado o autoclismo.

Se algum dos membros do casal (ou mesmo os dois) ainda estão dentro do armário, esta situação poderá criar tensões constantes. Ter que sair de casa separadamente, não conviver com os/as vizinhos/as, não convidar amigos /asou familiares, a médio e a longo prazo, são situações que poderão trazer sentimentos de desonestidade e vergonha, ainda que sejam compreensíveis por causa do medo da rejeição.

O que significa viverem juntos/as? O que esperam que aconteça? Como irão gerir os pertences de cada um? Alugar ou comprar casa? Como irão gerir as despesas da água, luz, gás, telefone, etc.? É o momento certo para darem esse passo? Encontrar respostas a todas estas perguntas poderá ser muito útil para que a decisão a tomar seja, realmente, a adequada. Não faz mal existir alguma ansiedade.

Para além destas questões pragmáticas, talvez seja uma boa prática ensaiar viver juntos/as durante algum tempo, para verificar se resulta. Às vezes, há hábitos que se tornam difíceis de negociar e poderão surgir surpresas. Falar sobre os receios, as expectativas, as dificuldades e os ganhos de viver juntos/as é muito importante. De facto, para a maioria dos casais, viverem juntos/as é sentido como um enorme passo significativo na consolidação da sua relação.

### *Relações à distância*

As relações à distância são o produto das circunstâncias da vida contemporânea. Hoje em dia, muitas pessoas LGBTQIA+ conhecem-se através da internet e de aplicações de encontros e, neste espaço virtual, o fator proximidade física é praticamente nulo. Outras pessoas veem-se fisicamente separadas por questões de natureza laboral, porque o/a companheiro/a foi colocado/a noutra cidade, noutra região ou noutra país. Pode ser

uma situação passageira, temporária ou permanente. Qualquer que seja a situação, ter uma relação à distância não é a situação ideal para uma relação significativa, pois a construção da relação exige proximidade, partilha de experiências e uma visão diária em comum para a enriquecer.

Para alguns casais, a distância pode também ser encarada como um teste à natureza dos afetos e à força da relação. No entanto, será com certeza um teste duro de suportar, sobretudo devido às saudades, à privação da intimidade e à dificuldade em manter a satisfação com a relação. Para outros casais, a separação física é algo habitual e de fácil ajustamento, porque isso lhes permite gerir uma certa independência a qual não estão dispostos a prescindir ou porque lidam bem com os desafios que ter uma relação à distância provoca. Alguns casais aproveitam ao máximo os momentos de reencontro para se aproximarem entre si e, tal como tudo na vida, a adaptação às circunstâncias e a manutenção dos esforços de proximidade é a chave do sucesso (Goldsmith & Byers, 2020). Mas muitas pessoas LGBTQIA+ lamentam que não possam estar com a pessoa que amam diariamente e vivem numa espécie de vulnerabilidade emocional, gerando inseguranças, dúvidas, incertezas em relação à relação, sobretudo se não há uma eficaz gestão emocional da distância, com base na comunicação permanente.

As relações à distância não são diferentes das relações próximas no que diz respeito à gestão de afetos, desejos, expectativas e ansiedades. Por isso, também requerem habilidades relacionais como a capacidade de comunicar os sentimentos de forma competente mas, dado que lhes falta o face-a-face, a incapacidade de interpretar pistas não-verbais pode gerar alguns problemas de comunicação. Daí a importância de trazer honestidade e partilha para a relação, preencher o tempo com atividades úteis e gerir bem as expectativas e os receios.

Por outro lado, o facto de estarem muito tempo separados/as poderá gerar algumas discussões em torno de assuntos fraturantes: a gestão das despesas, quem visita quem e quando, a eventual abertura das relações sexuais a outras pessoas, enfim, reivindicações que poderão surgir numa lógica de contrabalançar necessidades práticas que advêm das circunstâncias de estarem fisicamente separados/as.

É claro que a esmagadora maioria dos casais escolheria ter uma relação significativa que não fosse à distância. No entanto, as relações à distância acontecem e, provavelmente, terão mais sucesso se os/as intervenientes conseguirem:

1. Transformar os momentos de solidão em oportunidades de crescimento pessoal, através da realização de atividades significativas que tragam gratificação pessoal: cantar no coro, aprender uma nova língua, dançar danças de salão...
2. Manter contacto regular e significativo. Manter o/a parceiro/a informado/a das atividades diárias, ainda que sejam pouco importantes ou irrelevantes. Isto ajudará a sentirem-se próximos e emocionalmente envolvidos na vida diária de cada um.
3. Utilizar uma comunicação abundante focalizada nos aspetos positivos. Não há nenhuma vantagem em estar sempre a dizer ao/à parceiro/a o quão infeliz se sente por estarem fisicamente separados, pois isso pode fazer com que ele/ela se distancie emocionalmente, como uma defesa para evitar o sofrimento. Então, reafirmar os afetos, corroborar as coisas boas que os/as unem, partilhar canções, vídeos, poemas, ideias, fotografias, etc., que os aproximem é fundamental. Ao mesmo tempo, isto permite manter o romance aceso e ganhar uma perceção de controlo sobre a relação.
4. Mesmo que estejam realmente muito afastados/as, poderá ser útil pensar em atividades em conjunto, de forma mais ou menos interativa, dentro do que a imaginação permitir: jogar jogos online, fazer sexo pelo telefone, falar pelo Zoom, começar a ler o mesmo livro ao mesmo tempo para falar nele e partilhar mais opiniões, ir ver o mesmo filme no mesmo dia, séries de televisão, etc., poderão ser atividades úteis para manter o clima relacional positivo e cultivarem interesses comuns desta maneira.
5. Finalmente, tal como as relações de proximidade, as relações à distância precisam de ser estimadas, partilhadas e valorizadas. Provavelmente precisarão de um pouco mais de investimento para manter as ligações ativas e fortes, mas o fundamental é manter o controlo da relação e não deixar que a distância controle a relação.

#### *Conflito e violência de casal*

Quando as pessoas divergem nos seus pontos de vista, nas suas necessidades, nas suas maneiras de ser, nos seus valores, nas suas experiências (o que é normal que aconteça, pois não há duas pessoas iguais), é normal que o conflito surja. Por vezes, é até

necessário para que se introduzam mudanças construtivas que permitam o crescimento da relação. O que não é esperado é que esse terreno de divergência saudável se transforme em terreno de raiva e agressividade que pode levar à violência, quer física, quer psicológica.

É importante compreender que no momento em que duas pessoas estão zangadas uma com a outra, provavelmente estarão no pico da raiva e a capacidade de escutar e ser escutado/a não será a mais produtiva. Durante o conflito, podem dizer-se coisas que são o produto da raiva pessoal e que estão a ser canalizadas para o/a outro/a de forma reativa. Quebrar esta canalização é fundamental para que se minimize o drama e se construa uma atmosfera mais acolhedora que permita a verbalização de emoções de forma mais equilibrada, o que nem sempre é fácil. De facto, muitos estudos têm demonstrado sistematicamente que os casais LGBTQIA+ estão em risco para a ocorrência de violência (Rojas-Solis, Rojas, Meza, & Villalobos, 2021).

Gerir a raiva pode ser um processo complexo e, por vezes, é necessária ajuda profissional. No entanto, uma das formas mais simples de a gerir é promover o «time-out», um pouco como se faz com as crianças que precisam de um tempo para pensarem acerca da diabrura que acabaram de fazer. É um período de arrefecimento dos ânimos, mas que só funciona se ambos/as os/as parceiros/as estiverem disponíveis para aproveitar essa acalmia para reparar as coisas.

Infelizmente, muitos casais agem reativamente entre si, provocando uma escalada do conflito o que, vez após vez, poderá danificar a relação e a capacidade de comunicar e reparar as mágoas. É necessário introduzir o respeito como uma capacidade básica e inerente a todas as interações para que tudo funcione.

Identificar o que despoleta a raiva e os desentendimentos é fundamental. Será acerca de problemas financeiros? Problemas acerca da formalização do compromisso? Serão aspetos mais práticos como o não cumprimento das tarefas acordadas? Qualquer que seja a razão, é importante ser capaz de as identificar, pois isso ajudará a introduzir técnicas que permitam ganhar controlo e desvanecer a raiva, como por exemplo, respirar fundo, visualizar cenários calmos, seguros e positivos, relaxar, etc., ou distrair-se, como pegar num livro para ler, ouvir música, dar um passeio, ir passear o cão...

Finalmente, é necessário encontrar vias de ventilação das emoções negativas que não sejam destrutivas. Comunicar com respeito e com carinho as necessidades, as

frustrações, as expectativas, sem usar como desculpa a ideia de que a honestidade atroz tem sempre sentido. Às vezes, ela é utilizada como uma desculpa para magoar o/a outro/a. Por vezes, pode fazer sentido ventilar essas emoções negativas como se fosse uma carta que se escreva, e que se reescreva, melhorando o discurso até que se atinja um estado de expressão dos sentimentos e das necessidades de maneira assertiva, indo ao cerne das questões, promovendo alívio e a possibilidade de negociação de soluções de compromisso, conjuntamente. Evitar fazê-lo apenas provocará o efeito de irresolução dos problemas o que, por seu turno, é meio caminho andado para a criação de ressentimentos.

### **Implicações para a intervenção afirmativa com casais LGBTQIA+**

Qualquer que seja o modelo teórico de intervenção no trabalho com casais LGBTQIA+ (familiar e sistémico, psicodinâmico, cognitivo-comportamental, humanista, etc.), é necessário incorporar uma abordagem afirmativa. Esta abordagem afirmativa foi proposta em 1982 por Alan Malyon para descrever um tipo de intervenção terapêutica que desafiasse a visão patológica associada às identidades LGBTQIA+ e que promovesse o desenvolvimento de conhecimento específico das necessidades das pessoas para lhes oferecer práticas adequadas às suas necessidades. Na prática, a intervenção afirmativa acontece com base na condição essencial do respeito: respeito pela orientação sexual e pela identidade de género das pessoas que procuram apoio; respeito pela sua integridade pessoal, respeito pelo seu estilo de vida e cultura; e respeito pelas suas atitudes e crenças.

Para que aconteça uma boa prática afirmativa no trabalho com casais LGBTQIA+, o/a técnico/a deverá ter desenvolvido um sentido integrado e confortável com a sua própria orientação sexual e identidade de género, dar especial atenção a eventuais sentimentos de reparação trazidos pelo/a cliente, esclarecendo a sua impossibilidade, explorar assuntos de homo e transnegatividade internalizada, ajudar a identificar estereótipos, estar alerta e facilitar sentimentos de raiva, permitir e estimular a construção valorizada de sentimentos de autoestima e autoimagem positivos enquanto pessoa e/ou casal LGBTQIA+, encorajar no estabelecimento de redes sociais e de apoio entre pessoas LGBTQIA+, nomeadamente, grupos comunitários, proporcionar o reconhecimento do valor do/a cliente independentemente da sua orientação sexual e identidade de género, encorajar o desenvolvimento de um sistema de valores baseados na integridade pessoal do/a cliente, dessensibilizar sentimentos de culpa ou de vergonha face a pensamentos,

sentimentos ou comportamentos de natureza homoerótica e usar o peso da autoridade para afirmar a legitimidade de uma natureza homoerótica.

Seguindo as recomendações de Bigner e Wetchler (2012), várias são as temáticas que se devem em consideração na hora de intervir com casais LGBTQIA+, nomeadamente atender às especificidades da orientação sexual e da identidade de género, ou seja, se se trata de casais de mulheres lésbicas ou mulheres bissexuais, de homens gays ou homens bissexuais, de pessoas trans ou não-binárias, etc., trabalhar as questões do *coming out* enquanto casal, equacionar projetos de parentalidade e, neste caso, integrar esses projetos nas vias de concretização disponíveis (adoção, procriação medicamente assistida, gestação de substituição), atender a especificidades desenvolvimentais, especialmente em etapas de maior vulnerabilidade, como a juventude e idades mais velhas, o trabalho na área da violência interpessoal, minimizando o conflito e integrando as especificidades dos casais LGBTQIA+, as vinculações e as desvinculações, ou seja, uniões, casamentos e separações e divórcios, sem esquecer as questões éticas que devem estar presentes em todas as etapas da intervenção.

## **Conclusões**

A investigação disponível acerca das características dos relacionamentos que as pessoas LGBTQIA+ iniciam e mantêm ainda carece de maior investimento, especificamente em Portugal. No entanto, com este capítulo, propõe-se contribuir para minimizar esta limitação e tornar explícito que estes tipos de relacionamentos são, ainda que diversos, válidos, legítimos e fontes de satisfação pessoal para muitas pessoas LGBTQIA+. Não existe uma única forma de ter relacionamentos LGBTQIA+ mas, uma vez estabelecidos, poderão também constituir um desafio na hora de lidar com o stress decorrente do estatuto de minoria sexual, o *coming out* enquanto casal e eventuais rejeições, a falta de validação social generalizada mas, seguramente, constituirão também inegáveis fontes de suporte emocional.

Com este capítulo espera-se, também, contribuir para uma importantíssima função da academia na sociedade: ajudar a desconstruir mitos, atitudes negativas e má informação, desafiando preconceitos e promovendo uma visão global, válida e valorizada dos relacionamentos LGBTQIA+ e, assim, ajudar na tarefa de tornar a nossa sociedade mais justa e inclusiva.

## Referências

- Bigner, J. J., & Wetchler, J. L. (2012). *Handbook of LGBT-Affirmative Couple and Family Therapy*. Boca Raton: Taylor & Francis Books
- Bos, H. M., Sandfort, T. G., de Bruyn, E. H., & Hakvoort, E. M. (2008). Same-sex attraction, social relationships, psychosocial functioning, and school performance in early adolescence. *Developmental Psychology*, *44*(1), 59–68. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.59>
- Brown, J., Ramirez, O.M., & Schniering, C. (2013). Finding Love: Passion, Intimacy, and Commitment in the Relationships of Gay Men. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, *34*, 32-53. <https://doi.org/10.1002/anzf.1004>
- Chong, E. S., Mak, W. W., & Kwong, M. M. (2013). Risk and protective factors of same-sex intimate partner violence in Hong Kong. *Journal of interpersonal violence*, *28*(7), 1476–1497. <https://doi.org/10.1177/0886260512468229>
- de Almeida, T., Lima, R., Panho, J., & Canezin, P. (2018) Homosexuality: Brief History and Considerations on the Manifestation of Jealousy in Homosexual Relationships. *Open Access Library Journal*, *5*, 1-11. <https://doi.org/10.4236/oalib.1104612>
- DeHaan, S., Kuper, L. E., Magee, J. C., Bigelow, L., Mustanski, B. S. (2013). The interplay between online and offline explorations of identity, relationships, and sex: A mixed-methods study with LGBT youth. *Journal of Sex Research*, *50*, 421–434. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.661489>
- Detrie, P. M., & Lease, S. H. (2007). The relation of social support, connectedness, and collective self-esteem to the psychological well-being of lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Homosexuality*, *53*, 173–199. <https://doi.org/10.1080/00918360802103449>
- Feinstein, B. A., McConnell, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Minority stress and relationship functioning among young male same-sex couples: An examination of actor–partner interdependence models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *86*(5), 416–426. <https://doi.org/10.1037/ccp0000296>
- Fox, K. R., Choukas-Bradley, S., Salk, R. H., Marshal, M. P., & Thoma, B. C. (2020). Mental health among sexual and gender minority adolescents: Examining interactions with race and ethnicity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *88*(5), 402–415. <https://doi.org/10.1037/ccp0000486>

- Frost, D. M. (2013). Stigma and intimacy in same-sex relationships: A narrative approach. *Qualitative Psychology, 1*(S), 49–61. <https://doi.org/10.1037/2326-3598.1.S.49>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 97–109. <https://doi.org/10.1037/a0012844>
- Frost, D. M., LeBlanc, A. J., de Vries, B., Alston-Stepnitz, E., Stephenson, R., & Woodyatt, C. (2017). Couple-level Minority Stress: An Examination of Same-sex Couples' Unique Experiences. *Journal of Health and Social Behavior, 58*(4), 455–472. <https://doi.org/10.1177/0022146517736754>
- Goldsmith, K., & Byers, E. S. (2020). Maintaining long-distance relationships: comparison to geographically close relationships. *Sexual and Relationship Therapy, 35*(3), 338-361. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1527027>
- Goodman, J. A. (2021). Parent support for same-sex relationships: Considerations for clinical work and intervention research. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cfp0000190>
- Gottman, J. M., Levenson, R. W., Swanson, C., Swanson, K., Tyson, R., & Yoshimoto, D. (2003). Observing gay, lesbian, and heterosexual couples' relationships: mathematical modeling of conflict interaction. *Journal of homosexuality, 45*(1), 65–91. [https://doi.org/10.1300/J082v45n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J082v45n01_04)
- Hall, W. J. (2018). Psychosocial Risk and Protective Factors for Depression Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Youth: A Systematic Review. *Journal of Homosexuality, 65*, 263–316. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1317467>
- Herek G. M. (2006). Legal recognition of same-sex relationships in the United States: a social science perspective. *The American Psychologist, 61*(6), 607–621. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.6.607>
- Jerónimo, A. M. (2015). *A Qualidade das Relações Íntimas, Identidade, Estilos de Vinculação e Suporte Social em Casais LGB: Um Estudo Ibérico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Johns, M. M., Liddon, N., Jayne, P. E., Beltran, O., Steiner, R. J., & Morris, E. (2018). *LGBT Health, 6*-32. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0053>

- Kurdek, L. A. (1995). Developmental changes in relationship quality in gay and lesbian cohabiting couples. *Developmental Psychology*, 31(1), 86–94. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.86>
- Liang, Z., & Huang, Y-T. (2021) “Strong Together”: Minority Stress, Internalized Homophobia, Relationship Satisfaction, and Depressive Symptoms among Taiwanese Young Gay Men. *The Journal of Sex Research*. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1947954>
- Lyons, A., & Hosking, W. (2014) Health Disparities Among Common Subcultural Identities of Young Gay Men: Physical, Mental, and Sexual Health. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 1621–1635. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0315-1>
- Malyon, A. K. (1982). Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, 7(2–3), 59–69. [https://doi.org/10.1300/J082v07n02\\_08](https://doi.org/10.1300/J082v07n02_08)
- McWhirter, D. P., & Mattison, A. M. (1996). Male couples. In R. P. Cabaj & T. S. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 319–337). American Psychiatric Association.
- Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2426–2432. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.178319>
- Mustanski, B., Newcomb, M., & Garofalo, R. (2011). Mental health of lesbian, gay, and bisexual youth: A developmental resiliency perspective. *Journal of Gay & Lesbian social services*, 23(2), 204–225. <https://doi.org/10.1080/10538720.2011.561474>
- Pereira, H. (2009). *Psicologia da Identidade Sexual*. Covilhã: UBI
- Pereira, H. (2012). *Amor que se faz homem. Ensaio sobre as relações de Amor e Compromisso entre Homens*. Lisboa: Gradiva
- Pereira, H. (2020). Psychosocial Dynamics of LGBT Youth After Global Political Equality in Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(3), 687–697. <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210312>
- Pereira, H., & Costa, P. A. (2016). Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of Portuguese gay, lesbian and bisexual people.

- Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 29(2), 205-217.  
<https://doi.org/10.1080/13511610.2016.1157683>
- Pereira, H., & Costa, P. A. (2016) Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of Portuguese gay, lesbian and bisexual people, *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 29(2), 205-217, <https://doi.org/10.1080/13511610.2016.1157683>
- Pereira, H., & Esgalhado, G. (2021). Intimate Dynamics and Relationship Satisfaction among LGB Adolescents: The Role of Sexual Minority Oppression. *Children*, 8, 231. <https://doi.org/10.3390/children8030231>
- Pereira, H., & Monteiro, S. (2017). The Role of Political and Legislative Changes in the Everyday Lives of LGB Individuals: the Case of Portugal. *Sexuality Research and Social Policy*, 14, 300–309. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0261-x>
- Pereira, H., & Rodrigues, P. (2015). Internalized Homophobia and Suicidal Ideation among LGB Youth. *Journal of Psychiatry*, 18, 229.
- Pereira, H., de Vries, B., Serrano, J. P., Afonso, R. M., Esgalhado, G., & Monteiro, S. (2020). Depression and Quality of Life in Older Gay and Bisexual Men in Spain and Portugal. *The International Journal of Aging and Human Development*, 91(2), 198–213. <https://doi.org/10.1177/0091415019864600>
- Rainbow Europe (2019). *Annual Review 2019*. <https://rainbow-europe.org>
- Roisman, G. I., Clausell, E., Holland, A., Fortuna, K., & Elieff, C. (2008). Adult romantic relationships as contexts of human development: A multimethod comparison of same-sex couples with opposite-sex dating, engaged, and married dyads. *Developmental Psychology*, 44(1), 91–101. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.91>
- Roisman, G. I., Clausell, E., Holland, A., Fortuna, K., & Elieff, C. (2008). Adult romantic relationships as contexts of human development: A multimethod comparison of same-sex couples with opposite-sex dating, engaged, and married dyads. *Developmental Psychology*, 44(1), 91–101. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.91>
- Rojas-Solís, J., Rojas, I., Meza, R. y Villalobos, A. (2021). Violencia de parejas gays y en hombres que tienen sexo con hombres: una revisión sistemática exploratoria. *Revista Criminalidad*, 63(1), 173-186.

- Rostosky, S. S., & Riggle, E. D. B. (2017). Same-sex couple relationship strengths: A review and synthesis of the empirical literature (2000–2016). *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/sgd0000216>
- Rostosky, S. S., Riggle, E. D. B., Gray, B. E., & Hatton, R. L. (2007). Minority stress experiences in committed same-sex couple relationships. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 392–400. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.4.392>
- Russell, S. T., Franz, B. T., & Driscoll, A. K. (2001). Same-sex romantic attraction and experiences of violence in adolescence. *American Journal of Public Health*, 91, 903–906.
- Solomon, S. E., Rothblum, E. D., & Balsam, K. F. (2004). Pioneers in Partnership: Lesbian and Gay Male Couples in Civil Unions Compared With Those Not in Civil Unions and Married Heterosexual Siblings. *Journal of Family Psychology*, 18(2), 275–286. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.2.275>
- Tatum, A. K. (2017). The Interaction of Same-Sex Marriage Access with Sexual Minority Identity on Mental Health and Subjective Wellbeing, *Journal of Homosexuality*, 64(5), 638-653. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1196991>

# Capítulo 2

## **(In)visibilidades LGBTI+**

Eduarda Ferreira

**Resumo:**

A legislação de direitos de pessoas LGBTI+ em Portugal teve avanços significativos nos últimos anos. No entanto, a legislação por si só não é suficiente para promover mudanças ao nível da discriminação social. São necessárias políticas de igualdade. E ao nível das políticas de igualdade, só a partir de 2011 os planos de igualdade em Portugal começaram a incluir de forma consistente medidas de combate à discriminação com base na orientação sexual e identidade de género. Embora muitas áreas da vida das pessoas LGBTI+ tenham tido alterações profundas com a adoção de legislação mais inclusiva, a invisibilidade no espaço público em diversos contextos de vida continua a ser uma realidade dominante. A forte pressão da sociedade para confinar e esconder os comportamentos afetivos entre pessoas do mesmo sexo dentro de espaços privados é uma das formas de discriminação social mais comum. A sexualidade não é uma característica da vida privada, é um processo de relações de poder que medeia todas as nossas interações quotidianas, e discursos hegemónicos, como a heteronormatividade, estão literalmente inscritos no espaço. Também ao nível da produção académica em Portugal podemos falar de invisibilidade dos estudos LGBTI+, sendo quase inexistentes as ofertas curriculares nas ciências sociais especificamente focadas nas sexualidades LGBTI+. Refletir sobre futuros possíveis, no contexto social e político mundial atual, também é equacionar os riscos de retrocessos dos direitos LGBTI+. Para uma mudança positiva, consolidação dos aspetos legais e o aprofundar das mudanças sociais, é fundamental a ação conjunta das políticas de igualdade, do ativismo e da academia.

**Introdução**

Direitos LGBTI+ são direitos humanos. Esta é uma afirmação que contem muitas dimensões. Quando falamos dos direitos de pessoas LGBTI+ não estamos só a falar da legislação, estamos a falar do direito à visibilidade na sociedade, tanto de forma individual com coletiva, estamos a falar no direito a existir. A existir com respeito e segurança, sem receio de qualquer tipo de discriminação. Mas este ainda é um objetivo a alcançar, mesmo nos países do mundo em que a legislação já confere alguma proteção. Em Portugal, temos legislação e políticas de igualdade que defendem e promovem os direitos das pessoas LGBTI+, mas ainda temos um contexto de discriminação social dominante (European Union Agency for Fundamental Rights [FRA], 2020; Ferreira, 2011).

Para avançarmos no sentido de uma sociedade mais justa e igual é importante conhecermos os contornos da realidade onde nos movemos. Refletir sobre a (in)visibilidade LGBTI+ na sociedade portuguesa é mais do que traçar um retrato da atualidade da vida das pessoas LGBTI+, é estabelecer as bases para uma definição de estratégias de intervenção.

Para abordarmos as questões relacionadas com a (in)visibilidade das pessoas LGBTI+ em Portugal começamos por refletir sobre o desenvolvimento e características das políticas de igualdade. As políticas de igualdade são um dos fatores fundamentais que podem facilitar ou limitar a visibilidade das pessoas LGBTI+. E falar de visibilidade também é falar de espaço público, pelo que também analisamos as inter-relações entre espaço e identidades sexuais, e de como o espaço e as identidades sexuais são mutuamente constituídos. De seguida apresentamos uma análise dos resultados de estudos sobre a (in)visibilidade de pessoas LGBTI+ em Portugal, o questionário realizado em 2019 pela FRA (2020), e ‘Mapping the landscape’ investigação sobre a invisibilidade LGBTI+ no espaço público (Ferreira, 2011). No seu conjunto estes estudos permitem ter uma visão mais alargada da realidade atual que ainda se caracteriza por uma dominante discriminação social. Porque a academia também tem um papel muito importante na promoção da igualdade, é apresentado um mapeamento da investigação académica portuguesa sobre orientação sexual que nos permite perceber o muito que ainda falta avançar nos estudos LGBTI+ em Portugal. Terminamos este capítulo com algumas reflexões sobre futuros possíveis para os direitos LGBTI+ no contexto atual, e qual o papel das políticas de igualdade, do ativismo e da academia na construção desses futuros.

O conhecimento é produzido em contextos e circunstâncias específicas e o entendimento de que a produção do conhecimento não é algo isento e distante de posicionalidades específicas, leva-nos a reconhecer a importância da "posição" ou "posicionalidade" do/a investigador/a (Rose, 1993; Valentine, 2002). Nesta perspetiva, é importante que as/os investigadoras/es sejam autorreflexivas/os assumindo a sua posicionalidade específica, ultrapassando falsas noções de neutralidade. Como tal, ao refletir sobre invisibilidades LGBTI+ é relevante reconhecer a minha experiência em programas de igualdade de oportunidades a nível nacional e, em particular, o meu trabalho como ativista LGBTI+.

## **Políticas de igualdade LGBTI+ em Portugal**

Em 1982, após oito anos da Revolução dos Cravos em 25 de abril de 1974, que pôs fim a 48 anos de ditadura, a homossexualidade foi descriminalizada em Portugal. Mas foi só a partir do ano de 2001 que mudanças mais significativas dos direitos LGBTI+ foram introduzidas na legislação portuguesa, tais como: união civil entre pessoas do mesmo sexo (2001), punição da discriminação laboral em função da orientação sexual (2003), inclusão da orientação sexual no artigo 13º - Princípio da Igualdade da Constituição Portuguesa (2004), casamento civil entre pessoas do mesmo sexo com exceção da adoção (2010), adoção e coadoção de casais do mesmo sexo e acesso à procriação medicamente assistida, independentemente do estado civil e orientação sexual (2016), direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa (2018), proibição da discriminação em função da identidade de género e/ou da orientação sexual na elegibilidade para doar sangue (2021).

Tem havido uma evolução positiva significativa, embora tardia, da legislação de direitos de pessoas LGBTI+. As mudanças ao nível da discriminação social têm sido mais lentas, as pessoas LGBTI+ ainda sentem a discriminação em muitas áreas da sua vida, como socializar com a família e amigas/os, nos cuidados de saúde, ao frequentar a escola, na sua vida profissional, e até em atividades quotidianas como ir a um café, a um restaurante ou a uma loja (CILIA, 2021; FRA, 2020).

Para promover mudanças ao nível da discriminação social, a legislação por si só não é suficiente, são necessárias políticas de igualdade. Desde 1997, Portugal tem implementado políticas de igualdade: o Plano Global para a Igualdade de Oportunidades 1997-1999 (Conselho de Ministros, 1997), o II Plano Nacional para a Igualdade 2003-2006 (Conselho de Ministros, 2003), o III Plano Nacional para a Igualdade – Cidadania e Género 2007-2010 (Conselho de Ministros, 2007), o IV Plano Nacional para a Igualdade – Género, Cidadania e Não Discriminação 2011-2013 (Conselho de Ministros, 2011) e o V Plano Nacional para a Igualdade – Género, Cidadania e Não Discriminação 2014-2017 (Conselho de Ministros, 2013). Em 2018 foi lançada a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação 2018-2030 (Conselho de Ministros, 2018), também conhecida pela sigla ENIND, composta por três planos de ação: Plano de Ação para a Igualdade entre Mulheres e Homens (PAIMH); Plano de Ação para a Prevenção e o

Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica (PAVMVD); e Plano de Ação para o Combate à Discriminação em razão da Orientação Sexual, Identidade e Expressão de Género, e Características Sexuais (PAOIEC).

Podemos dizer que Portugal chegou tarde às políticas de igualdade de pessoas LGBTI+. O III Plano Nacional para a Igualdade – Cidadania e Género 2007-2010 (Conselho de Ministros, 2007) foi o primeiro a referir a discriminação com base na orientação sexual, mas não incluiu medidas específicas. Só a partir de 2011 todos os planos de igualdade incluíram medidas de combate à discriminação com base na orientação sexual e identidade de género. E foi só em 2018, com a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação (Conselho de Ministros, 2018), que o governo português lançou um plano específico de políticas de igualdade para a não discriminação em função da orientação sexual, identidade e expressão de género, e características sexuais.

Em 2018, pela primeira vez as políticas de igualdade em Portugal vão além de uma abordagem baseada nas identidades, reconhecendo a natureza multidimensional das desigualdades e a urgência de uma abordagem interseccional para fazer face à forma como os estereótipos com base no género se cruzam com estereótipos com base em outros fatores de discriminação, como a orientação sexual e a identidade de género. A ENIND assume explicitamente uma perspetiva interseccional: “A teoria da interseccionalidade revela que a discriminação resulta da interseção de múltiplos fatores, sendo assumida na ENIND como premissa na definição de medidas dirigidas a desvantagens que ocorrem no cruzamento do sexo com outros fatores de discriminação, entre os quais, a idade, a origem racial e étnica, a deficiência, a nacionalidade, a orientação sexual, a identidade de género e as características sexuais. Pretende-se, assim, que a ENIND reconheça, aprofunde e priorize, em todas as áreas, intervenções dirigidas a desvantagens interseccionais (...)” (Conselho de Ministros, 2018).

A execução dos Planos de Ação da ENIND é baseada na abordagem dupla e complementar que tem vindo a ser adotada nestes domínios, o mainstreaming do combate à discriminação em razão do sexo e da promoção da igualdade entre mulheres e homens, e a introdução da temática do combate à discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género, e características sexuais (Conselho de Ministros, 2018). De acordo com o texto da Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018, “a ENIND

visa atuar de forma consistente contra os estereótipos de género, homofóbicos, bifóbicos, transfóbicos e interfóbicos, que originam e perpetuam discriminações e desigualdades, a fim de produzir mudanças estruturais duradouras que permitam alcançar a igualdade de fato”.

A perspetiva da interseccionalidade na ENIND assume que a discriminação resulta da intersecção de múltiplos fatores, e está na base da definição de medidas voltadas para as desvantagens que ocorrem na intersecção dos diversos fatores de discriminação. No entanto, a divisão do plano nacional em três planos de ação separados não reflete uma abordagem interseccional. Se aprofundarmos as medidas concretas a serem desenvolvidas, a menção à orientação sexual e identidade de género está totalmente ausente do Plano de Ação para a Igualdade entre Mulheres e Homens (PAIMH) e do Plano de Ação para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica (PAVMVD); e o Plano de Ação para o Combate à Discriminação em razão da Orientação Sexual, Identidade e Expressão de Género, e Características Sexuais (PAOIEC), não inclui quaisquer medidas específicas para lidar com as desigualdades de género. A título de exemplo, os objetivos estratégicos do PAOIEC visam especificamente as pessoas LGBTI+ como se fossem uma realidade completamente separada das pessoas heterossexuais/cisgénero: 1 - Promover o conhecimento sobre a situação real das necessidades das pessoas LGBTI+ e da discriminação em razão da OIEC; 2 - Garantir a transversalização das questões da OIEC; 3 - Combater a discriminação em razão da OIEC e prevenir e combater todas as formas de violência contra as pessoas LGBTI+ na vida pública e privada. Estes objetivos são muito importantes, mas, por exemplo, nas medidas previstas para o objetivo de combater as formas de violência, não ter em conta as desigualdades de género existentes na nossa sociedade, parece-nos redutor.

Embora a estratégia nacional identifique a perspetiva interseccional como um dos pilares, a separação dos planos de ação e as suas medidas específicas não refletem essa intenção. Ainda há um longo caminho a percorrer para termos verdadeiras políticas interseccionais de igualdade em Portugal.

### **Espaço e identidades sexuais**

Espaço e identidades sociais são mutuamente constituídos. O espaço é uma parte essencial da constituição e reprodução das identidades sociais, e por sua vez as

identidades, significados e relações sociais produzem espaços materiais e simbólicos (Massey, 2005). O espaço geográfico não é uma estrutura objetiva, mas uma experiência social com múltiplas camadas de representações e significados. Essas representações e significados influenciam a forma como os espaços são percebidos e utilizados, e como os espaços contribuem para a forma como nos identificamos, e como percebemos e categorizamos as outras pessoas (Smith, 1991).

Como Massey (2005) argumenta, o espaço emerge por meio de relações que são práticas ativas, materiais e corporizadas, o espaço é feito de uma simultaneidade dinâmica, constantemente reformulado por novas relações, constantemente em processo de construção e de transformação. Teorizar o espaço como produto das relações sociais leva-nos ao entendimento de que o espaço público não é um vazio que possibilita discursos e práticas de forma livre e igualitária. O espaço público, seja a mais pequena rua ou a maior praça urbana, é um produto de identidades/relações sociais heterogêneas e às vezes conflitantes e desiguais. As identidades são produzidas dentro da complexa geometria de poder das relações sociais/espaciais e, por sua vez, a forma como as pessoas vivenciam e imaginam a espacialidade remodela as geometrias de poder das relações sociais/espaciais (Massey, 2005).

As identidades sociais (como classe, gênero, sexualidade e etnia) são socialmente construídas, não são pré-definidas nem fixas e, como tal podem ser contestadas e (re)negociadas (Valentine, 2001). Este entendimento das identidades sociais é particularmente relevante para as identidades sexuais ao acentuar a possibilidade de serem contestadas e (re)negociadas as representações das identidades não normativas. Outro aspecto central para a análise das identidades sexuais, em particular as não normativas, é a sua forte componente espacial. As identidades sexuais dependem, até certo ponto, de espaços específicos para a sua produção, e o espaço também é produzido por meio da performance de identidades. Por exemplo, uma pessoa pode só ser capaz de se "assumir" e se identificar como LGBTI+ em espaços abertamente LGBTI+ *friendly*, ou a identidade sexual de uma pessoa pode ser lida como LGBTI+ em função da frequência de determinados espaços (Mitchell, 2000; Valentine, 2001). Para além da inter-relação de produção e reprodução entre espaço e identidades sexuais, a visibilidade espacial foi, e ainda é, particularmente importante no desenvolvimento de movimentos de direitos civis de pessoas LGBTI+ (Mitchell, 2000). As marchas do orgulho, os bairros

auto-organizados de pessoas LGBTI+, os locais de convívio identificados como seguros e livres de discriminação, e a negociação da visibilidade da orientação sexual e/ou identidade de género apenas em locais específicos, têm um fator em comum: o espaço.

A sexualidade não é uma característica da vida privada, é um processo de relações de poder que medeia todas as nossas interações quotidianas (Valentine, 1993). Discursos hegemónicos, como a heteronormatividade, estão literalmente inscritos no espaço. A inscrição espacial da heteronormatividade é particularmente visível nas reações à visibilidade pública de identidades sexuais LGBTI+. Mesmo em contextos sociais com proteção legal das identidades sexuais LGBTI+, como em Portugal, a visibilidade no espaço público dessas identidades sexuais ainda é fator de perturbação, de estranheza, o que torna evidente como o espaço público é comumente produzido como "naturalmente" ou "normalmente" heterossexual (Bell, 2001; Valentine, 2001).

### **Invisibilidade no espaço público**

Para analisarmos a invisibilidade de pessoas LGBTI+ no espaço público vamos apresentar resultados de duas investigações realizadas em diferentes períodos temporais. Vamos analisar os resultados do questionário realizado em 2019 pela FRA (2020), e da investigação 'Mapping the landscape' conduzida em 2010 sobre a (in)visibilidade de pessoas LGBT no espaço público (Ferreira, 2011). A análise de investigações com um intervalo temporal de cerca de 10 anos pode permitir uma compreensão mais aprofundada da invisibilidade das pessoas LGBTI+ no espaço público.

A sociedade portuguesa teve profundas alterações após a revolução de abril de 1974. Embora as mudanças relativamente às questões relacionadas com as pessoas LGBTI+ tardassem a chegar, podemos dizer que o novo clima social após 40 anos de ditadura veio trazer novas oportunidades para uma sociedade mais inclusiva e com mais igualdade. No entanto, consideramos que foi a adesão de Portugal à União Europeia em 1986 que verdadeiramente impulsionou o avanço dos direitos LGBTI+. As diretivas da União Europeia (UE) e a afirmação dos direitos LGBTI+ como direitos humanos teve um impacto na legislação dos diferentes países da UE, incluindo Portugal.

Outro fator determinante nas mudanças legislativas sobre questões LGBTI+ em Portugal foi o movimento associativo LGBTI+, que embora tardio relativamente a outros países, pois só teve maior expressão a partir de meados da década de 1990, conseguiu

uma visibilidade pública que claramente contribuiu para as mudanças alcançadas (Cascais, 2020; Santos, 2005).

Atualmente as pessoas LGBTI+ têm uma proteção legal alargada que contempla o direito à não discriminação (VI revisão da Constituição da República Portuguesa em 2004 inclui a orientação sexual no artigo 13º Princípio da Igualdade), à união de facto (Lei n.º 7/2001, de 11 de maio), ao casamento (Lei n.º 9/2010, de 31 de maio), à parentalidade (Lei n.º 2/2016, de 29 de fevereiro), à autoidentificação da identidade de género (Lei n.º 38/2018, de 07 de agosto), entre outros direitos já consagrados na legislação.

Muitas áreas da vida das pessoas LGBTI+ tiveram alterações profundas com a adoção de legislação mais inclusiva. Poder casar, adotar ou ver reconhecido o direito à autodeterminação da identidade de género, tem certamente impacto concreto na vida de cada um/a. Não é só ao nível dos direitos conquistados, mas também o reconhecimento público ao direito de existir, de ter uma identidade sexual reconhecida e protegida pela lei.

Para muitas/os de nós, nascidas/os antes da revolução de 1974, estas mudanças legislativas ocorridas no nosso tempo de vida produziram impactos significativos. Desde uma adolescência em que enquanto mulher lésbica sabia que a homossexualidade era criminalizada e que nunca poderia ter uma relação com outra mulher reconhecida pela lei e pela sociedade, até aos dias de hoje, em que posso estar casada com outra mulher e ter uma postura de visibilidade no trabalho com a segurança da proteção legal, vai uma enorme distância. Uma distância feita de intervenção social e política, de conquistas legais, e de resistência ao desânimo perante as inúmeras adversidades que o ativismo LGBTI+ enfrenta.

É inegável que muito mudou na vida das pessoas LGBTI+ em Portugal, mas também sabemos que a invisibilidade no espaço público em diversos contextos da vida continua a ser uma realidade dominante. A comprovar a situação de invisibilidade dominante, temos o inquérito realizado em 2019 pela FRA (2020) sobre as experiências e pontos de vista de pessoas LGBTI+<sup>2</sup>. Os resultados do inquérito mostram que a grande maioria das pessoas LGBTI+ em Portugal ainda sente forte pressão social para esconder

---

<sup>2</sup> O inquérito foi aplicado a cerca de 140.000 pessoas na União Europeia e na Macedônia do Norte e na Sérvia, das quais 4.342 em Portugal.

a sua orientação sexual ou identidade de género. Mais da metade das pessoas LGBTI+ que responderam ao inquérito quase nunca ou raramente têm uma postura de visibilidade sobre ser LGBTI+ e só menos de um quinto dizem que quase sempre têm uma postura de visibilidade. Um resultado particularmente preocupante é relativo a participantes LGBTI+ mais jovens, só 2% das/os jovens dos 15 aos 17 anos e 6% dos 18 aos 24 anos afirmam ter uma postura de visibilidade. Seria expectável que com o avanço da legislação na área dos direitos LGBTI+ as pessoas mais jovens se sentissem mais seguras para assumir a sua orientação sexual e/ou identidade de género. Em 2012 a FRA já tinha realizado um questionário a pessoas LGBTI+ da União Europeia, e os resultados sete anos depois mostram poucos progressos. Estes resultados apontam para a necessidade de termos mais políticas de igualdade efetivamente implementadas no terreno.

Para além da postura de invisibilidade dominante, uma em cada quatro pessoas (25%) frequentemente ou sempre evita certos lugares por medo de ser agredida, ameaçada ou assediada. O inquérito também revela que ser alvo de ataques físicos ou sexuais é mais comum para pessoas trans e intersexo, uma em cada cinco foram alvo de ataques físicos ou sexuais nos cinco anos anteriores ao inquérito, o dobro das outras pessoas do grupo LGBTI+.

Ninguém deveria sentir necessidade de esconder a sua identidade para evitar a discriminação ou o ódio em qualquer país da União Europeia, que tem como valores fundamentais o respeito pela dignidade humana, incluindo os direitos das pessoas pertencentes a minorias. No entanto, a realidade é bem diferente. A pressão social para ocultar a identidade afeta direitos fundamentais, como os direitos à dignidade, igualdade e liberdade de expressão consagrados na Carta dos Direitos Fundamentais da UE e na Convenção Europeia dos Direitos Humanos.

No entanto, existem alguns sinais de esperança, os resultados do inquérito sugerem que, ao longo das gerações, as questões LGBTI+ estão gradualmente a ser mais abordadas nas escolas, e de forma mais positiva. A proporção de entrevistadas/os que afirmam que as questões LGBTI+ nunca foram abordadas diminui com a idade, de 46% para pessoas com mais de 55 anos e 32% para pessoas com idades entre 40 e 54 anos, para 7% para pessoas com idades entre 15 e 17 anos. Seis em dez adolescentes LGBTI+ dos 15 aos 17 anos disseram que na escola ouviram ou viram alguém apoiar, proteger ou promover os direitos de lésbicas, gays, bissexuais, trans e/ou intersexuais. Ao mesmo

tempo, a escola ainda está longe de ser um lugar seguro para as pessoas LGBTI+. Três em cada dez jovens dos 15 aos 17 anos diz ter tido frequentemente alguma experiência de discriminação na escola. A escola pode desempenhar um papel muito importante na promoção da igualdade, mas ainda não é um lugar em que as/os jovens LGBTI+ sintam ser respeitados e em segurança.

Uma das formas de discriminação social mais comum é a forte pressão da sociedade para confinar e esconder os comportamentos afetivos entre pessoas do mesmo sexo dentro de espaços privados (Ferreira, 2011; Valentine, 2001). O inquérito da FRA (2020) mostra-nos que só uma minoria das pessoas LGBTI+ entrevistadas em Portugal (18%) nunca evita simples demonstrações de afeto em público, como dar as mãos. No inquérito realizado em 2012, para a mesma resposta tínhamos 21% das respostas de pessoas LGBTI+ em Portugal (FRA, 2014). Neste contexto, em que não se verificou nenhum avanço, é pertinente analisarmos os resultados de uma investigação realizada em Portugal em 2010 sobre demonstrações de afeto por pessoas do mesmo sexo em espaços públicos, ‘Mapping the landscape’ (Ferreira, 2011). Mesmo à distância de cerca de 10 anos os dados recolhidos são relevantes considerando que a expressão pública de afetos continua a ser uma das áreas que mais diferencia as relações entre pessoas de sexo diferente e entre pessoas do mesmo sexo. A investigação ‘Mapping the landscape’ utilizou uma metodologia mista, com um inquérito online (288 respostas) e entrevistas semiestruturadas (8 entrevistas) a pessoas LGBTI+. Apresentamos algumas das conclusões com base nos comentários ao inquérito online e nas entrevistas semiestruturadas. Relativamente à questão ‘Tem expressões públicas de afeto com uma pessoa do mesmo sexo, como por exemplo andar de mãos dadas?’ as respostas foram maioritariamente negativas e os comentários evidenciam as limitações sentidas pelas pessoas LGBTI+.

*Esse tipo de comportamentos são geralmente feitos num espaço privado (i.e. casa) ou espaços públicos conhecidos como LGBT friendly - Gay, 25 anos, Lisboa*

*Apenas em locais LGBT friendly ou locais públicos em que não esteja ninguém na altura - Bissexual, 23 anos, Faro*

*Gostaria de os ter com mais frequência sem receio dos comentários - Lésbica, 36 anos, Porto*

O medo de ser discriminada/o é a justificação mais frequente para as respostas “nunca” ou “quase nunca”.

*Desde que trabalho preocupo-me mais com esses comportamentos em locais públicos onde eventualmente possa ser vista - Lésbica, 27 anos, Lisboa*

*Não sou assumida devido à mentalidade dos Portugueses e principalmente da minha família. Não tenho comportamentos bissexuais à frente de quaisquer pessoas... Se um dia eu mudar é porque tudo isto mudou! Quem sabe, um dia... - Bissexual, 34 anos, Faro*

Alguns dos comentários à questão evidenciam alguma forma de homofobia internalizada, como por exemplo não confrontar as outras pessoas porque a sociedade ainda não está preparada para lidar com demonstrações públicas de afeto entre pessoas do mesmo sexo. Ainda mais preocupante é a noção de que as crianças não devem ser expostas a expressões de afeto entre pessoas do mesmo sexo, como se fosse algo negativo ou errado, algo a esconder.

*Não pus sempre, porque respeitamos sobretudo as crianças e as pessoas mais velhas. As crianças porque para elas seria estranho ver duas mulheres, devido à sociedade heterossexual onde vivem. Pessoas de idade, porque tiveram uma educação que "a mulher foi feita para o homem, porque Deus assim quis" - Lésbica, 41 anos, Lisboa*

*Evitamos fazê-lo na presença dos nossos pais ou pessoas que não queiramos que saibam, ou que se podem sentir desconfortáveis (e deixar-nos a nós). A minha namorada tem mais problemas com isso, e tento respeitá-la. Se estiver uma família com crianças por perto, por exemplo, pode sentir reservas - Lésbica, 25 anos, Lisboa*

Outras pessoas que participaram na investigação, embora minoritárias, consideram que têm o direito de expressar seus sentimentos independentemente da reação de outras pessoas ou do respeito da sociedade pela diversidade.

*Apesar de ser frequente o choque expresso em algumas pessoas que o testemunham, creio que não devo ser privado de demonstrar o meu afeto em público, tal como qualquer outro casal heterossexual - Gay, 36 anos, Lisboa*

Analisando os resultados é importante realçar que as lésbicas e mulheres bissexuais dizem ter expressões públicas de afeto com pessoas do mesmo sexo com maior frequência, do que os gays e homens bissexuais. Na sociedade portuguesa, os comportamentos afetivos entre mulheres são mais frequentes do que entre homens. É comum ver duas mulheres abraçadas e de mãos dadas. As mulheres cumprimentam-se com um beijo no rosto, enquanto os homens em geral dão um aperto de mão. Este contexto cultural pode facilitar as expressões públicas de afeto entre mulheres, embora isso não signifique que as lésbicas e mulheres bissexuais se sintam confortáveis ou seguras.

*Sei que se estou na rua e dou as mãos ou abraço minha irmã ou prima, ninguém sabe que tipo de relacionamento é, mas simplesmente não me sinto à vontade para ter o mesmo tipo de comportamento com minha namorada, por mais simples e assexuados que sejam, simplesmente não consigo, acho sempre que as pessoas vão ver e entender que somos namoradas - Lésbica, 45 anos, Lisboa*

Na investigação 'Mapping the landscape' (Ferreira, 2011) também foi feita uma análise aos espaços onde as pessoas LGBTI+ se sentem mais confortáveis e seguras para terem expressões públicas de afeto com pessoas do mesmo sexo. Os resultados apontam claramente para áreas geográficas distantes da localidade onde vivem, e na localidade onde vivem, de preferência longe da área de residência ou de trabalho.

*Desde que não seja próximo do local de residência ou de trabalho, considero que podem ser feitos em qualquer lugar - Gay, 24 anos, Lisboa*

*Fora da nossa zona de residência, em todo o país - Bissexual, 29 anos, Aveiro*

*Acho que é porque acho que é possível dar de cara com alguém que conheço, mas que não sou muito próximo, e depois terei que lidar com suas reações, uma espécie de “elefante branco” que fica. Por exemplo, não quero encontrar o meu senhorio em Aveiro, ou um colega do liceu da Maia (nota: morou na Maia e agora está a estudar na Universidade de Aveiro) - Gay, 20 anos, Aveiro*

A importância dos espaços identificados como LGBTI+ *friendly* também é um dos aspetos mais significativo relativamente ao conforto e segurança para terem expressões públicas de afeto com pessoas do mesmo sexo.

*Praias que são frequentadas por pessoas "resolvidas" e sem tabus, na rua à noite na cidade de Lisboa (e.g. em alguns locais do bairro alto) - Gay, 31 anos, Lisboa*  
*Sinceramente? Penso que nenhum sítio sem ser "Gay Friendly", pode ser seguro ter comportamentos desses com pessoas do mesmo sexo - Lésbica, 41 anos, Faro*

*Aqui, onde vivo, é muito difícil sair à noite, mas conheço muitos bares simpáticos LGBT em Lisboa e no Porto, mas Portugal não é só Lisboa e Porto, e isso é um problema. Quando quero divertir-me sem ter de me preocupar com as pessoas vou para o Porto. A proximidade do Porto (nota: cerca de 75 km) faz com que os LGBT de Viana do Castelo prefiram sair da sua cidade e ir aos bares do Porto - Gay, 28 anos, Viana do Castelo*

Com base nas respostas das/os participantes desta investigação, não existe um mapa comum de visibilidades de pessoas LGBTI+. A importância dos espaços de residência e de trabalho dita a necessidade de mapas pessoais da visibilidade de pessoas LGBTI+. As expressões públicas de afeto entre pessoas do mesmo sexo são evitadas perto das áreas de residência ou do trabalho, porque a maioria das pessoas LGBTI+ não se quer expor à possibilidade de discriminação por parte de pessoas com quem interagem diariamente. Se fossemos desenhar um mapa de espaços seguros para expressões públicas de afeto entre pessoas do mesmo sexo, teríamos que desenhar tantos mapas quanto

peessoas. Não haveria um mapa único que atendesse às especificidades de cada pessoa. Provavelmente, só apenas algumas zonas de bares em grandes áreas urbanas seriam espaços comuns para todos os mapas pessoais (Ferreira, 2011).

Podemos identificar um ciclo da invisibilidade das pessoas LGBTI+: a discriminação em função da orientação sexual, identidade e expressão de género presente nos espaços públicos limita as expressões públicas de afeto entre pessoas do mesmo sexo, e simultaneamente, a invisibilidade das expressões públicas de afeto entre pessoas do mesmo sexo acentua as desigualdades e a discriminação em função da orientação sexual, identidade e expressão de género. Romper com este ciclo de invisibilidade não pode ser só resultado do esforço individual das pessoas LGBTI+, é imperioso que exista promoção efetiva do direito à não discriminação através da implementação de políticas de igualdade LGBTI+. As políticas de igualdade LGBTI+ em Portugal estão definidas, precisamos que a sua implementação seja cada vez mais uma realidade.

### **Invisibilidade na Academia**

A investigação académica é cada vez mais globalizada, e como tal reconhecemos que não é apenas a produção académica de um país que influencia as suas políticas de igualdade. No entanto, é fundamental ter uma investigação contextualizada nas condições sociais e culturais específicas de cada país. No caso de Portugal, é marcante o déficite dos estudos LGBTI+, as ofertas curriculares nas ciências sociais especificamente focadas nas sexualidades LGBTI+ são quase inexistentes na academia portuguesa.

A falta de estudos LGBTI+ não é surpreendente, considerando que mesmo a institucionalização como área científica dos estudos de género em Portugal tem sido difícil e lenta. Houve, e ainda há, muita resistência ao reconhecimento formal dos estudos de género e feministas como campo científico (Ferreira, 2019). Portugal ainda tem um longo caminho a percorrer nesta área. Por exemplo, o primeiro centro de investigação científica inteiramente dedicado aos Estudos de Género, reconhecido pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), só foi criado em 2012. Outros países europeus tiveram avanços significativos nos estudos de género com a criação de inúmeros centros de investigação desde a década de 1970 (Torres et al., 2015). Embora Portugal seja um país pequeno, com apenas 78 instituições de ensino superior públicas e 42 privadas, a existência de apenas quatro Mestrados e dois Doutoramentos em áreas relacionadas

especificamente com Estudos de Género e Feministas, revela o estado atual desta área de estudo nas universidades portuguesas (Ferreira, 2022). E relativamente a cursos em estudos LGBTI+ a situação é ainda pior, não há mestrados nem doutoramentos específicos, existem apenas algumas unidades curriculares, e quase sempre são opcionais.

O facto de não existirem em Portugal graus académicos sobre questões LGBTI+ e de os estudos de género ainda enfrentarem muitas resistências ao reconhecimento formal como área científica (Ferreira, 2019), é certamente uma das causas para a invisibilidade das questões LGBTI+ na academia em Portugal.

Com o objetivo de analisar a contribuição da comunidade científica portuguesa para as políticas de igualdade relacionadas com a orientação sexual em Portugal, realizei uma pesquisa bibliográfica no portal dos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (Ferreira, 2022). O portal RCAAP é um agregador (meta-repositório) que recolhe a descrição (metadados) dos documentos depositados nos 276 repositórios institucionais em Portugal (número à data da pesquisa realizada, 28 a 31 de dezembro de 2020). O portal RCAAP não cobre a totalidade da produção científica portuguesa, visto que algumas publicações não estão incluídas nos repositórios institucionais, no entanto, é uma fonte de informação reconhecida e fiável desenvolvida pela Fundação para a Computação Científica Nacional (FCCN) no contexto da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

A pesquisa abrangeu o período de 2007-2020. O ano de 2007 foi o Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos e contribuiu para a promoção de políticas de igualdade, incluindo as relacionadas com a orientação sexual e identidade de género. Ao longo do ano de 2007, ativistas, ONGs e órgãos institucionais trabalharam em conjunto e organizaram atividades sobre políticas de igualdade, promovendo uma abordagem interdisciplinar para a igualdade de oportunidades (Alonso et al., 2012). Pela primeira vez, foram atribuídos fundos públicos a projetos de intervenção nesta área realizados por Associações LGBT, e foi promovido o primeiro estudo de iniciativa pública para aprofundar a compreensão das condições de vida e de discriminação de pessoas LGBT em Portugal (Nogueira & Oliveira, 2010).

De um total de 52.120 publicações em ciências sociais de 2007 a 2020, apenas 361 (0,7%) focam questões relacionadas com temas LGBTI+, sendo na sua maioria artigos científicos e teses de mestrado. Outro indicador relevante, é o fato de durante o

período de 14 anos entre 2007 e 2020, existirem apenas 15 teses de doutoramento em Portugal cujo tema central são as questões LGBTI+. Este é um forte indicador do estado da investigação sobre questões LGBTI+ em Portugal (Ferreira, 2022).

Estamos cientes de que os resultados da investigação no portal RCAAP não são exaustivos sobre a globalidade da produção científica portuguesa sobre questões LGBTI+, no entanto, os resultados podem ser considerados representativos da investigação académica em Portugal, tendo em conta o número de repositórios institucionais incluídos. Estes números refletem a escassez de programas de educação formal ou diplomas universitários em estudos de género e sexualidades e o facto de não existir nenhum diploma universitário especificamente na área dos estudos LGBTI+ (Ferreira, 2019).

Para além das lacunas existentes em Portugal ao nível dos estudos LGBTI+, a análise efetuada às produções académicas revelou que a maioria ainda utiliza categorias de identidade LGBTI+ sem uma perspetiva crítica, reproduzindo uma abordagem baseada na identidade enquanto constructo central (Ferreira, 2022). Mesmo quando na investigação sobre questões LGBTI+ se aborda as estruturas sociais, normatividades, hierarquias, eixos de opressão e relações de poder, isso não significa que as categorias de identidade sejam questionadas e desconstruídas (Ferreira, 2022). Se a academia ainda está atrasada na utilização da interseccionalidade como uma ferramenta analítica, como podemos esperar que ela tenha um impacto nas políticas de igualdade? O reconhecimento da interdependência das desigualdades de género, orientação sexual e identidade de género nas atuais políticas de igualdade em Portugal, são mais um reflexo das políticas de igualdade da União Europeia do que resultado do contributo da produção académica portuguesa.

É urgente a adoção de uma perspetiva interseccional na academia portuguesa, em particular ao investigar questões LGBTI+. Não é aceitável que a maioria das contribuições para a investigação sobre questões LGBTI+ na academia portuguesa ainda utilizem abordagens baseadas em categorias identitárias fixas, sem considerarem a complexidade e as múltiplas dimensões das identidades sociais. Como é que as desigualdades de género afetam as pessoas que se identificam como LGBTI+? Como é que a orientação sexual e a identidade de género interagem com as desigualdades de género? A investigação académica pode ter um impacto significativo nas políticas de

igualdade. Mas, para isso, é urgente que a investigação académica em Portugal aborde estas questões.

### **Futuros possíveis**

Falar de futuros possíveis tem habitualmente associada uma mensagem de esperança, de que o que está por acontecer será melhor, de que caminhamos num percurso ascendente. No caso dos direitos das pessoas LGBTI+ significa uma previsão de mais proteção legal, melhores e mais abrangentes políticas de igualdade, maior presença e força do ativismo LGBTI+, maior visibilidade pública com mais respeito e dignidade. Mas no contexto social e político mundial atual, e em particular na própria União Europeia, falar de futuros possíveis não pode deixar de ser refletir sobre os retrocessos dos direitos LGBTI+ que se vão instalando em diversos países. Não são só casos pontuais e isolados. São sinais muito fortes de que os direitos conquistados podem ser revertidos. O muito que foi alcançado ao nível da legislação e o pouco que se conseguiu conquistar ao nível da discriminação social, pode rapidamente recuar. E estes sinais não acontecem só em países distantes geográfica ou culturalmente. Temos muitos sinais próximos, temos países da União Europeias com leis assumidamente anti LGBTI+, temos o Brasil país fortemente ligado a Portugal com um discurso violento contra os direitos LGBTI+, e temos já em Portugal intervenientes políticos que abertamente defendem uma agenda de extrema-direita.

Neste contexto, é fundamental a ação conjunta das políticas de igualdade, do ativismo e da academia, com vista a uma consolidação dos aspetos legais, e ainda mais urgente para o aprofundar das mudanças sociais.

Ao nível das políticas da igualdade, Portugal tem avançado de forma significativa, mas sabemos que estas políticas são muito dependentes de quem está a governar o país e da representatividade na Assembleia da República. No momento de escrita deste texto, Portugal encontra-se num momento de campanha das eleições para a Assembleia da República, do seu resultado muito pode mudar para as políticas da igualdade LGBTI+. Podemos ter um aprofundamento e alargamento destas políticas ou no limite um retrocesso acentuado. Cada pessoa tem um papel importante de intervenção social que pode influenciar o ambiente político de um país, seja na participação partidária, em movimentos associativos, no seu local de trabalho, nos espaços que frequenta, na família,

ou no grupo de amigos/as. Todas as nossas ações são eminentemente políticas, e em conjunto têm o poder de fazer a diferença.

O ativismo LGBTI+ em Portugal tem tido um desenvolvimento muito interessante, cada vez existem mais grupos organizados com atividade visível e relevante no apoio a pessoas LGBTI+, na defesa e na promoção dos seus direitos. Já não somos o país que só tinha associações LGBTI+ concentradas nas grandes cidades, cada vez mais lugares têm uma expressão local de grupos ativistas. Este é um aspeto muito positivo, as respostas de proximidade são fundamentais no apoio efetivo às pessoas LGBTI+ e na visibilidade da luta pelos direitos LGBTI+ em grande parte do território nacional. As marchas do orgulho são um bom exemplo de como a luta pelos direitos LGBTI+ se está a estender por cada vez mais locais em Portugal. Outro aspeto muito positivo do ativismo atual em Portugal, é dar voz e visibilidade a toda a diversidade compreendida dentro da sigla LGBTI+. Temos mais grupos que se dedicam especificamente às questões das lésbicas, gay, bissexuais, trans, intersexo ou de outras constelações identitárias que vão ganhando o seu espaço e visibilidade. O maior dinamismo do ativismo LGBTI+ em Portugal é certamente um elemento fundamental na resistência aos possíveis retrocessos que ameaçam os horizontes de futuros possíveis.

Ao nível da academia ainda pouco foi alcançado e muito está por fazer. Os estudos LGBTI+ ainda não se afirmaram no panorama académico, não existem graus académicos especificamente nesta área. No entanto, ao nível da investigação tem existido algum progresso impulsionado por um conjunto de investigadoras/es que tem trabalhado de forma consistente nestas temáticas e desenvolvido projetos de investigação nacionais e internacionais que muito acrescentam ao corpo de conhecimento dos estudos LGBTI+ (Ferreira, 2019). O papel da academia na promoção dos direitos LGBTI+ é extremamente importante, pode contribuir para um entendimento mais aprofundado do tema assim como identificar formas de intervenção ao nível das práticas e das representações sociais. Um dos aspetos menos interessante da investigação em Portugal sobre questões LGBTI+ é o foco predominante nos aspetos negativos e na discriminação (Ferreira, 2022). É importante continuar a alertar para uma situação social que está longe de ser igualitária e que ainda provoca muito sofrimento a pessoas LGBTI+, mas também devemos refletir sobre o caminho percorrido, na possibilidade de mudança, da força do ativismo, e também da academia, para provocar mudanças sociais no sentido de uma sociedade mais justa e

igual. É importante continuar a desocultar as situações de discriminação social e as desigualdades que ainda perduram, mas é igualmente importante realçar os fatores protetores das pessoas LGBTI+, em que situações se sentem mais seguras e o que pode contribuir para poderem assumir uma postura de visibilidade sem receios. A investigação académica também tem um papel fundamental no empoderamento das pessoas LGBTI+, rompendo com discursos que muitas vezes potenciam a vitimização e que em nada contribuem para uma visão capacitante da vida das pessoas LGBTI+.

O papel de cada pessoa, de cada um/a de nós, na intervenção social e política, no ativismo, e na academia, é a maior garantia de que os futuros possíveis serão no sentido de maior progresso nos direitos e na visibilidade das pessoas LGBTI+.

## Referências

- Alonso, A., Bustelo, M., Forest M., & Lombardo, E. (2012). Institutionalizing intersectionality in Southern Europe: Italy, Spain, and Portugal. In: Krizsan A., Skjeie H., Squires, J. (Eds) *Institutionalizing Intersectionality*. Gender and Politics series. Palgrave Macmillan, London. [https://doi.org/10.1057/9781137031068\\_6](https://doi.org/10.1057/9781137031068_6)
- Bell, D. (Ed.) (2001). *Pleasure zones: Bodies, cities, spaces: Space, place, and society*. Syracuse University Press.
- Cascais, A. F. (2020). Portugal 1974-2010: Da Revolução dos Cravos ao bouquet do casamento. *Melanges De La Casa De Velazquez*, 50(1), 163–187. <https://doi.org/10.4000/mcv.12442>
- CILIA. (2021). *Sumário Executivo - CILIA Vidas LGBTQI+*. [www.ces.uc.pt/projectos/cilia](http://www.ces.uc.pt/projectos/cilia)
- Conselho de Ministros. (1997). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/1997, 1997–03–24*. Diário da República Eletrónico. <https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/526583/details/maximized>
- Conselho de Ministros. (2003). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 184/2003, 2003–11–25*. Diário da República Eletrónico. <https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/437013/details/maximized>

- Conselho de Ministros. (2007). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 82/2007, 2007–06–22*. Diário da República Eletrónico. <https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/638880/details/maximized>
- Conselho de Ministros. (2011). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2011, 2011–01–18*. Diário da República Eletrónico. <https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/280896/details/maximized>
- Conselho de Ministros. (2013). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 103/2013, 2013–12–31*. Diário da República Eletrónico. <https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/483891/details/maximized>
- Conselho de Ministros. (2018). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018, 2018–05–21*. Diário da República Eletrónico. <https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115360036/details/maximized>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *EU LGBT survey: European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey: Main results*. Publications Office of the European Union.
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *A long way to go for LGBTI+ equality*. Publications Office of the European Union.
- Ferreira, E. (2011). Geographies of (in)equalities: Space and sexual identities, in R. Salvador, A. Firmino, C. Ponte, E. Ferreira (Eds.) *Proceedings of Geographies of Inclusion: Challenges and opportunities*. e-GEO.
- Ferreira, E. (2019). Women's, gender and feminist studies in Portugal: Researchers' resilience vs institutional resistance. *Gender, Place & Culture*, 26(7–9), 1223–1232. <https://doi.org/10.1080/0966369x.2018.1553867>
- Ferreira, E. (2022). *Equality policies and intersections of gender and sexuality: The role of academic research*. Manuscrito submetido para publicação.
- Massey, D. (2005). *For space* (1º ed.). SAGE Publications Ltd.
- Mitchell, D. (2000). *Cultural geography: A critical introduction*. Blackwell.
- Nogueira, C., & Oliveira, J. M. (Orgs.). (2010). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Rose, G. (1993). *Feminism and geography: The limits of geographical knowledge*. University of Minnesota Press.

- Santos, A. C. (2005). *A lei do desejo: Direitos humanos e minorias sexuais em Portugal*. Afrontamento.
- Smith, N. (1991). *Uneven development: Nature, capital, and the production of space* (2<sup>o</sup> ed.). Basil Blackwell.
- Torres, A., Sant'Ana, H., & Maciel, D. (Eds.). (2015). *Estudos de género numa perspectiva interdisciplinar*. Mundos Sociais.
- Valentine, G. (1993). Negotiating and managing multiple sexual identities: Lesbian time-space strategies. *Transactions of the Institute of British Geographers*, New Series, Vol. 18, No. 2 pp. 237-248.
- Valentine, G. (2001) *Social geographies: Society and space*. Prentice Hall.
- Valentine, G. (2002). People like us: Negotiating sameness and difference in the research process. In P. Moss (Ed.) *Feminist Geography in Practice*. Blackwell, pp. 116-126.

## Capítulo 3

### **Homoparentalidade: Da aspiração parental à constituição de famílias por pessoas LGBTQ+**

Pedro Alexandre Costa,  
Mariana Lopes & Inês Parente

## **Resumo:**

As pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgénero e outras minorias sexuais e de género (LGBT+) têm ganhado crescente visibilidade nas últimas décadas, a par de uma crescente aceitação, inclusão e igualdade social e legal. Este progresso tem sido alcançado em grande parte devido ao significativo investimento científico no bem-estar das pessoas LGBT+ e na sua inclusão na sociedade enquanto pessoas, filhos/as, pais/mães ou casais. Em Portugal, as alterações legislativas alcançadas, em particular na última década, vêm permitir que as pessoas LGBT+ aspirem a constituir a sua família e a concretizar a parentalidade. O consenso científico internacional demonstra não existir nenhum motivo para impedir as pessoas LGBT+ de se casarem ou terem filhos/as, atestando não só as boas competências parentais de pessoas LGBT+, como também o bom desenvolvimento de crianças em famílias homoparentais quando comparadas com os/as seus/suas pares em famílias heteroparentais. Contudo, a prevalência de preconceito sexual e de género, de heterossexismo institucional, ou mesmo de uma perspetiva hétero- e cisnormativa da família, são responsáveis por inúmeras barreiras à aspiração à parental, aos projetos parentais e trajetórias para a parentalidade, e mesmo à concretização da parentalidade por pessoas LGBT+. Neste capítulo serão examinados os fatores que facilitam e obstaculizam a concretização da parentalidade por pessoas LGBT+ numa perspetiva internacional, com ênfase no contexto português quando possível.

## **Introdução**

Tanto em Portugal como no restante mundo ocidental, a parentalidade exercida por pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgénero e outras minorias sexuais e de género (LGBT+) tem ganhado crescente visibilidade. A reivindicação do exercício da parentalidade por pessoas LGBT+ teve início no final dos anos 1960, início dos anos 1970, e surge na sequência do movimento feminista e de libertação gay. Porém, sabe-se que as famílias constituídas por pelo menos uma mãe lésbica ou bissexual ou um pai gay ou bissexual já existiam de forma não assumida (Tasker, 2005). É também na década de 1970 que surgem os primeiros estudos empíricos sobre mães e pais LGB, nos Estados Unidos da América, impulsionados pela necessidade de resposta às disputas de custódias parentais de mães e pais LGB com filhos/as concebidos em relacionamentos anteriores com pessoas de sexo diferente, antes de fazerem o seu *coming out* (Patterson & Redding,

1996). As famílias constituídas por mães ou pais LGB(T+) começam a ser conhecidas como famílias *homoparentais*, um neologismo criado pela Associação de Pais e Futuros Pais Gays e Lésbicas (PPGL) para caracterizar as famílias constituídas por um pai ou uma mãe LGB, ou por dois pais ou duas mães; “homo”, derivado do grego, significa ‘igual’, referindo-se aqui ao género dos pais ou mães (Perelson, 2006).

Assim, no final do século XX, a natureza e a estrutura das famílias sofreram profundas alterações (Golombok, 2015). Novas concepções de família desenvolvem-se a partir das mudanças legislativas, dos avanços tecnológicos e das atitudes da sociedade – o que veio quebrar alguns paradigmas, como é o exemplo da tradicional *família*, constituída por pai e mãe e seus/suas filhos/as (Imrie & Golombok, 2020). Para além disso, o crescente número de núcleos familiares contemporâneos, como as famílias homoparentais, veio romper com alguma da heteronormatividade enraizada na sociedade e levantou algumas questões em torno da dicotomia de género, da parentalidade e das dificuldades impostas a esta (Pinheiro et al., 2009). Deste modo, o reconhecimento das diversas formas de família infere a igualdade de direitos às famílias, contrariamente a acentuar a ideia de que a coexistência de duas figuras parentais do mesmo sexo/género implique uma prática parental desadequada ou de má qualidade (Golombok, 2015). Isto significa que quando se fala de parentalidade ainda existe a ideia de que as crianças necessitam de uma mãe e de um pai em simultâneo, associando-a às dissimilaridades biológicas, reprodutivas e comportamentais de cada um dos sexos/géneros – do que é ser-se *homem* e *mulher* (Biblarz & Stacey, 2010). Lima e Moz (2013) sublinham que “a família está em permanente transformação. Varia no tempo e no espaço, nas formas que assume, mas, sobretudo, nos significados que as pessoas atribuem às relações em que estão envolvidas e à maneira como as vivem” (p. 38).

Estas novas formas de família crescem e ganham visibilidade ainda que num contexto de elevados níveis de preconceito. Dados do Eurobarómetro de 2019 assinalaram Portugal como um dos países da União Europeia com maiores níveis de preconceito contra pessoas LGBT+; entre as 27 mil pessoas que participaram na sondagem, as pessoas LGBT+ em Portugal foram das que mais se sentiram discriminadas com base na sua orientação sexual e/ou identidade de género. No que diz respeito à perceção de discriminação, o 2.º Inquérito LGBTI+ da Agência para os Direitos Fundamentais da União Europeia evidenciou que cerca de 40% das pessoas participantes

LGBT+ se sentiram discriminadas em algum contexto social. Concomitantemente, os estudos académicos sobre as atitudes das pessoas portuguesas em relação a pessoas LGBT+, e em particular à parentalidade por pessoas LGBT+, têm revelado níveis significativos de preconceito sexual (i.e., preconceito contra minorias sexuais (LGB)) e de preconceito de género (i.e., preconceito contra minorias de género [T e pessoas de género não-binário]). O preconceito sexual e de género fomenta e alicerça a rejeição do casamento entre pessoas do mesmo sexo/género e da parentalidade por pessoas LGBT+, com base nas crenças de que as pessoas LGBT+ não têm as competências necessárias ao exercício da parentalidade, não oferecem os modelos de género necessários às crianças (modelos tradicionais de pai-mãe), e atentam contra a família tradicional (Costa et al., 2013).

Contudo, é de assinalar a evolução das atitudes em relação a pessoas LGBT+ em Portugal na última década, que acompanharam a evolução dos quadros legislativos que garantem direitos iguais a pessoas heterossexuais cisgénero (HC) e LGBT+ e proteção contra a discriminação de pessoas LGBT+. Antes da aprovação legal do casamento entre pessoas do mesmo sexo/género em Portugal em 2010, estudos europeus identificaram Portugal como um dos países com maiores índices de rejeição da homossexualidade (Lottes & Alkula, 2011; Takács et al., 2016), em que apenas 29% das pessoas eram favoráveis ao casamento e 19% à parentalidade por casais do mesmo sexo/género (Commissioner for Human Rights, 2011). Estudos mais recentes, e após a aprovação de importantes medidas legislativas, demonstraram uma assinalável melhoria destas atitudes, em particular entre novas gerações. Num estudo de 2012 com uma amostra portuguesa de 292 jovens com idades entre 18 e os 27 anos, a grande maioria dos/as participantes eram desfavoráveis ao casamento e à parentalidade por pessoas do mesmo sexo/género (Costa et al., 2014). Porém, num estudo mais recente com uma amostra portuguesa de 704 jovens com idades entre os 18 e os 30 anos, mais de 60% dos homens e mais de 80% das mulheres reportaram ser a favor do casamento entre pessoas do mesmo sexo/género, e mais de 50% dos homens e mais de 70% das mulheres reportaram ser a favor da parentalidade por casais do mesmo sexo/género (Costa et al., 2018). Quando comparados com participantes de outros seis países europeus (Bélgica, Itália, França, Polónia, Espanha e Grécia), os/as participantes de Portugal demonstraram ser dos/as mais

favoráveis ao casamento e à parentalidade por casais do mesmo sexo/género, já alinhados/as com os/as participantes de Espanha (D'Amore et al., 2020).

Estes dados indicam que apesar do progresso legislativo no sentido da igualdade de direitos, ainda existe um caminho a percorrer na correção das desigualdades e dos obstáculos e no empoderamento das pessoas LGBTQ+ para concretizarem as suas aspirações de vida, nomeadamente as suas aspirações à constituição de família e à parentalidade. Para além disso, existe a urgência de se combaterem os novos desafios e movimentos políticos conservadores que têm surgido e ganhado força por toda a Europa e que ameaçam as conquistas destes direitos humanos.

### **Aspiração Parental**

Ao longo do ciclo de vida, em particular após a entrada na idade adulta, as pessoas fazem diversas escolhas relevantes para si; algumas mais orientadas para a vida familiar e outras mais relacionadas com a vida profissional (Amato & Kane, 2011; Elder, 1998). Estas escolhas são frequentemente consequentes às aspirações de vida individuais, o que implica que as pessoas tenham traçado determinados objetivos para o seu futuro. Contudo, algumas pessoas definem as suas aspirações de vida de acordo com as expetativas que têm relativamente à concretização desses mesmos objetivos (Hart, 2016). A literatura tem revelado a existência de disparidades entre pessoas HC e pessoas LGBTQ+, relativamente às expetativas de concretização das suas aspirações de vida (Santos, 2021; Tate & Patterson, 2019).

Um estudo norte-americano recente de Tate e Patterson (2019) teve como objetivo investigar as aspirações de vida de pessoas HC e LGB. Para esse efeito, foi reunida uma amostra de 368 jovens adultos/as, com idades entre os 18 e os 35 anos e sem filhos/as. Apesar de mulheres lésbicas, homens gays e pessoas heterossexuais demonstrarem desejos de vida semelhantes, como casar, ser um membro ativo da comunidade, ter boas relações interpessoais, e ter sucesso académico, profissional e financeiro, homens gays e mulheres lésbicas tinham menos expetativas de conseguir concretizar estes objetivos quando comparados/as com pessoas heterossexuais cisgénero. Concordante com estes resultados, o estudo de Santos (2021) realizado em Portugal e que incluiu 612 pessoas HC e 213 pessoas LGBTQ+ com idades compreendidas entre os 18 e os 73 anos, demonstrou que pessoas LGBTQ+ demonstravam menos expetativas de concretizar as suas

aspirações de vida do que pessoas HC. Neste estudo foi possível explicar parte desta disparidade entre os desejos e as expectativas de concretização das aspirações de vida de pessoas LGBTQ+ com base nos níveis de estigma internalizado; assim, quanto maior a internalização do estigma sexual e a antecipação do confronto com o estigma sexual e/ou de género, menor a expectativa de concretização das aspirações de vida. Contudo, no que diz respeito à aspiração parental, tanto o estudo de Tate e Patterson (2019) como o estudo de Santos (2021) revelaram que as pessoas LGBTQ+ tinham menor desejo de aceder à parentalidade do que as pessoas HC.

Ter filhos constitui-se como uma das transições de vida mais importantes quando os indivíduos iniciam a vida adulta (Amato & Kane, 2011). Desta forma, quando a parentalidade se torna um objetivo para o futuro, concetualizamos como aspiração parental, que engloba desejo parental, intenção parental, expectativas parentais, autoeficácia, *timing*, motivações parentais e reflexão sobre a parentalidade (Salinas-Quiroz et al., 2020; Simon et al., 2018; Tate & Patterson, 2019). De facto, tem sido demonstrado que, em comparação a pessoas HC, a aspiração parental é menor em pessoas LGBTQ+ (Baiocco e Laghi, 2013; Leal et al., 2019; Riskind & Patterson, 2010; Shenkman et al., 2019; Tate et al., 2019). Tem sido sugerido que a menor aspiração parental de pessoas LGBTQ+ é justificada, pelo menos em parte, pela perceção de que a sua identidade sexual e/ou de género implica uma menor competência para exercício da parentalidade, crença esta assente no estigma internalizado (Berkowitz & Marsiglio, 2007; Brown et al., 2009; Gato et al., 2017). Outros desafios colocam-se em particular a pessoas transgénero e não-binárias, nomeadamente obstáculos associados ao preconceito, como também dificuldades em aceder à adoção ou em assegurar a parentalidade biológica condicionada pela transição de género (Marinho et al., 2021; Tornello & Bos, 2017; Tornello et al., 2019). Alguns estudos têm demonstrado que pessoas transgénero e de género não-binário também aspiram à parentalidade, mas sentem menos confiança na concretização da parentalidade devido ao preconceito social e a restrições associadas à transição de género (Defreyne et al., 2019; Mattawanon et al., 2021; Tasker & Gato, 2020). Esta aspiração à parentalidade entre minorias de género foi também evidenciada em Portugal (Lemos da Silva, 2018).

Dentro da comunidade LGBTQ+ têm também sido evidenciadas algumas diferenças nas aspirações parentais. Nos estudos italianos de Baiocco e Laghi (2013) e de Scandurra

et al. (2019) com homens gays, mulheres lésbicas e homens e mulheres heterossexuais, verificou-se que as mulheres lésbicas tinham maior desejo parental do que homens gays. No estudo português de Costa e Bidell (2017) verificou-se que relativamente à intenção parental, não existiam diferenças entre homens (gays e bissexuais) e mulheres (lésbicas e bissexuais). No que diz respeito à idade, os estudos também têm revelado resultados contraditórios. Nos estudos italianos de Baiocco e Laghi (2013) e Lasio et al. (2020) foi demonstrado que, quanto maior a idade dos homens gays e das mulheres lésbicas, maior a intenção de concretizar a parentalidade. Pelo contrário, nos estudos Portugueses de Costa e Bidell (2017) e de Gato et al. (2019), verificou-se que os participantes com menor idade tinham mais desejo e intenção de serem pais/mães. Para além da idade e do género, também têm sido reportadas contradições no que diz respeito ao impacto das relações interpessoais na aspiração parental. Nos estudos norte-americano de Tate et al. (2019) e mexicano de Salinas-Quiroz et al. (2020), para homens gays e mulheres lésbicas, ter uma relação de compromisso e ter relações de qualidade com pais/mães e amigos/as, estavam associados a uma maior aspiração parental, enquanto que em estudos portugueses ter uma relação de compromisso não estava associado à aspiração parental (e.g., Costa & Bidell, 2017; Gato et al., 2019). Contudo, estudos qualitativos parecem demonstrar que a aspiração à parentalidade pode fazer parte de uma aspiração mais abrangente, a aspiração à constituição de família (e.g., Goldberg, 2012; Mendes, 2020).

Efetivamente, o conceito de aspiração parental é complexo, visto que ainda existem contradições na literatura sobre os fatores que podem influenciar a aspiração parental. Alguns estudos têm também sugerido que as relações afetivas com sobrinhos/as e/ou afilhados/as influenciam a aspiração parental de pessoas LGBT+ (Araldi & Serralta, 2019; Blackstone & Stewart, 2016; Bergstrom-Lynch's, 2015), ainda que a forma como estas relações exercem influência não seja consensual. Um estudo qualitativo de Parente (2021), realizado em Portugal, teve como objetivo verificar se a relação com sobrinhos/as e/ou afilhados/as tinha influência na aspiração parental de pessoas lésbicas, gays e bissexuais. Para esse efeito, foi reunida uma amostra de 10 pessoas LGB sem filhos/as, entre os 23 e os 34 anos. Os resultados demonstraram que a relação com sobrinhos/as e/ou afilhados/as não só influenciava o nível de aspiração parental como também a forma como os/as participantes pensavam a parentalidade e a família. Foi demonstrado que sobrinhos/as e/ou afilhados/as tinham influência no desejo parental, intenção parental e

nas expectativas parentais dos/as participantes. Contudo, enquanto que, para uns/umas, a relação com sobrinhos/as e/ou afilhados/as tenha contribuído para o despontar ou a intensificação do desejo parental, pelas ligações de amor e cuidado construídas, para outros/as, por serem percebidas dificuldades e exigências associadas à parentalidade e por ser sentido um amor intenso pelos/as sobrinhos/as e/ou afilhados/as como se fossem seus/suas filhos/as, a aspiração parental perdeu intensidade ou mesmo desapareceu. Os resultados deste estudo sublinham que a aspiração parental de pessoas LGBT+ é complexa, podendo ser influenciada por vários fatores e de diversas formas. Neste sentido, é importante realizar mais estudos que permitam aprofundar e compreender a complexidade das dinâmicas da aspiração parental e dos fatores que promovem ou obstaculizam a concretização da parentalidade por pessoas LGBT+.

### **Projeto Parental e Trajetórias para a Parentalidade**

O acesso à parentalidade biológica e adotiva era apenas quase exclusivamente possível a famílias heteroparentais, uma vez que na maioria dos países ocidentais havia uma enorme dificuldade legal para as famílias homoparentais alcançarem o seu próprio projeto de parentalidade (Xavier et al., 2020). Anteriormente ao fenómeno *Lesbian baby boom*, grande parte das famílias homoparentais surgiram do *coming out* de um pai ou mãe como homossexual (Patterson, 2006). Este fenómeno, que teve início nos Estados Unidos, rapidamente se proliferou por outros países europeus (Bos et al., 2005). O *coming out* veio assim desafiar a associação entre heteronormatividade, heterossexualidade e procriação (Goldberg, 2010). Notadamente, as alterações legais configuram novas oportunidades para pessoas LGBT+ constituírem a sua família, distintas das situações de homoparentalidade que têm ocorrido no contexto de uma relação heterossexual prévia ao *coming out* (Xavier et al., 2020).

Em Portugal, a aprovação legislativa do acesso a diferentes formas de parentalidade por casais do mesmo sexo/género como a adoção, a coadoção e a PMA foi alcançada em 2016. Porém, ainda que tenha acontecido o enquadramento legal desta realidade recentemente, nem sempre assim foi. Existem diferentes formas de pessoas LGBT+ acederem à parentalidade, tais como: (1) ser pai/mãe no seio de relações heterossexuais anteriores à afirmação da homossexualidade; (2) através da adoção de uma criança, seja num processo singular ou em casal; (3) por inseminação através da

procriação medicamente assistida (PMA), disponível a mulheres solteiras e a casais de duas mulheres; (4) através de inseminação caseira/autoinseminação com um dador conhecido. No contexto português, ficam de fora do enquadramento legal o acesso à gestação de substituição (vulgo barriga de aluguer) ou outros arranjos familiares que envolvam mais de que duas figuras parentais (por exemplo, um casal de duas mulheres-mães e o dador-pai). A impossibilidade de acesso à gestação de substituição dificulta que homens gays ou bissexuais possam aceder à parentalidade por via biológica. De acordo com a legislação portuguesa, esta forma de parentalidade só é possível em casos que “a título excecional e com natureza gratuita, nos casos de ausência de útero, de lesão ou de doença deste órgão, ou outra situação clínica que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez da mulher” (art.º 8, n.º 2). Em alguns casos, homens gays ou bissexuais que desejam intensamente a parentalidade biológica viajam para outros países, nomeadamente para os EUA, onde a gestação de substituição é permitida (Goldberg, 2010). Contudo, importa reconhecer que este projeto é financeiramente muito dispendioso, não estando por isso acessível à maioria dos homens que o desejam.

Até 2016, a legislação portuguesa apenas permitia o acesso à PMA a casais de sexo/género diferente impossibilitados de conceber uma criança de forma natural, definindo-a como “um método subsidiário e não alternativo de procriação” (art.º 4.º, Lei n.º 32/2006, de 26 de julho). Contudo, esta discriminação legal não impossibilitava totalmente a concretização da parentalidade biológica a mulheres lésbicas ou bissexuais. De facto, muitos casais de mulheres concretizaram o projeto de parentalidade em Espanha, onde em 2005 a maternidade e o lesbianismo deixaram de ser inconciliáveis (Costa et al., 2012). Contudo, só depois de 2016 é que as mães não biológicas (ou sociais) puderam coadotar o/a seu/sua filho/a legalmente e, assim, serem reconhecidas como figuras parentais.

No que diz respeito à parentalidade adotiva, Portugal foi o 24.º país no mundo a legalizar a adoção por casais do mesmo sexo/género. Ainda que não houvesse uma interdição à adoção singular num passado recente (art.º 3.º da Lei n.º 9/2010, de 31 de maio; Lei n.º 2/2016, de 29 de fevereiro), a nível legislativo não existia forma de permitir que ambos/as os pais/mães fossem reconhecidos/as como figuras parentais (Xavier et al., 2015). De assinalar que, em 2010, Portugal se tornou no primeiro país no mundo a permitir o casamento entre pessoas do mesmo sexo/género e simultaneamente proibir o

seu acesso a diferentes formas de parentalidade (Costa, 2021). Por este motivo, até à igualdade no acesso à parentalidade em 2016, muitas foram as adoções realizadas singularmente - por apenas um/a dos/as pais/mães, mesmo que estes se identificassem como LGB ou mesmo tivessem uma relação de compromisso com uma pessoa do mesmo sexo/género (e.g., Carneiro et al., 2018; Costa, 2012). Esta situação de fragilidade legal suscitava questões fundamentais como, por exemplo, as consequências incertas para a criança face a uma separação dos/as pais/mães ou o falecimento da única figura parental legalmente reconhecida. Para além disso, a questão da dimensão simbólica, uma vez que a ausência de igual reconhecimento parental em famílias de casais do mesmo sexo/género poderia comprometer a relação afetiva com a criança (Xavier et al., 2015).

Tendo em conta estas formas utilizadas pelas pessoas LGBT+ para concretizar o seu projeto parental face aos impedimentos legais e obstáculos sociais, é extremamente difícil estimar-se com rigor o número de famílias homoparentais em Portugal (Costa, 2012). No que diz respeito à adoção, dados da ILGA relativos ao ano de 2021 indicam que casais do mesmo sexo/género tendem a adotar cerca de 5 vezes mais do que casais de sexo diferente. Todavia, a dificuldade em identificar famílias homoparentais por adoção em Portugal fica exposta no Relatório Anual de Atividades do Conselho Nacional para a Adoção. Reportando ao ano de 2019, o relatório revela ter havido somente três candidaturas (2.1%) de casais do mesmo sexo, ao passo que em 2018 foram cinco (3%). É de estimar, por conseguinte, que até ao final de 2019 oito casais do mesmo sexo/género tenham concluído o processo de adoção de uma criança (5.1%). Quanto à coadoção, entre 2016 e 2019, os dados do Conselho Nacional de Adoção reportaram o processo de pré-adoção de 179 crianças por 163 candidatos que pretendiam adotar filhos/as do/a companheiro/a. Contudo, não é possível através destes dados estimar o número de pessoas LGBT+ que tenham adotado uma criança, uma vez que não contemplam a adoção por pessoas T ou de outras minorias de género, ou mesmo de pessoas LGB que tenham adotado de forma singular.

### **Motivações Parentais e Transição para a Parentalidade**

A investigação realizada sobre as motivações para a parentalidade de pessoas LGBT+ indicam motivações semelhantes às de pessoas HC (Carneiro et al., 2017; Goldberg et al., 2012a; Santona et al., 2021; Siegenthaler & Bigner, 2000), apesar de

existir alguma evidência de que o desejo parental de mães lésbicas é superior ao de pai/mães heterossexuais, em particular durante a transição para a parentalidade (Bos et al., 2003). Contudo, entre as pessoas LGBT+ existem diferenças nas motivações específicas para a escolha de diferentes trajetórias para a parentalidade. Alguns estudos têm sugerido que as mulheres lésbicas e bissexuais tendem a privilegiar formas de parentalidade biológica (e.g., PMA, auto-inseminação), enquanto homens gays e bissexuais tendem a preferir outras formas de parentalidade, nomeadamente a adoção (e.g., Costa & Bidell, 2017; Costa & Tasker, 2018). Se por um lado estas preferências poderão refletir um desejo maior por parte das mulheres de uma ligação biológica à criança ou mesmo da experiência de gestação, por outro lado serão também em parte explicadas pelas enormes dificuldades no acesso à gestação de substituição por parte de homens; desde logo financeiras, mas também sociais e legais. Desta forma, não é ainda totalmente claro na literatura a que se devem estas diferenças entre homens e mulheres LGB no que diz respeito à suas motivações para diferentes trajetórias para a parentalidade. Para além disso, estudos com pessoas trans e de género não-binário têm indicado que a parentalidade biológica é desejada, ainda que as pessoas indiquem desejar completar o seu processo de transição antes de concretizar a parentalidade (e.g., Riggs et al., 2016). Desta forma, o avançar da idade e as transformações biológicas que podem limitar ou eliminar a possibilidade de parentalidade biológica determinam em muitos casos que esta deixe de ser uma possibilidade, e muitos/as optam pela via da adoção (e.g., Lemos da Silva, 2018).

No entanto, no que diz respeito às motivações para a parentalidade adotiva, alguns estudos têm evidenciado que as pessoas LGBT+ que projetam e/ou concretizam a parentalidade por adoção tendem a desvalorizar as ligações biogenéticas e tendem a preferir adotar uma criança por motivações altruístas, como dar uma família a uma criança que dela precisa (e.g., Costa & Tasker, 2018; Jennings et al., 2014). Curiosamente, alguns/mas pais/mães LGBT+ sugerem que a adoção oferece uma vantagem única ao casal porque não introduz hierarquização nas relações entre pais/mães-criança que a parentalidade biológica implica tendo em conta que apenas um/a dos/as pais/mães terá uma ligação biológica ao/a filho/a de ambos/as. Em contraste, um estudo qualitativo realizado em Portugal destacou a falta de conhecimento e de formação de profissionais de adoção no recrutamento e avaliação de potenciais adotantes LGBT+, assim como da

aferição das necessidades desenvolvimentais das crianças adotadas por casais do mesmo sexo/género (Gato et al., 2021). Em contraste com os resultados de estudos britânicos (e.g., Costa et al., 2021), estas dificuldades dos serviços de adoção poderão colocar obstáculos e desafios adicionais tanto à colocação de crianças em casais do mesmo sexo/género, como ao sucesso da própria adoção.

A escolha entre diferentes trajetórias para a parentalidade envolve não só a reflexão sobre o método para a concretizar, como também a reflexão sobre o papel que cada figura parental irá exercer na educação da criança. Por exemplo, no caso de um projeto parental através de PMA, tanto homens como mulheres têm de refletir, e de decidir, sobre quem terá uma ligação biológica à criança, quem irá assumir a gestação da criança, ou sobre o envolvimento do/a dador/a com a família e se este/a irá ou não desempenhar um papel parental (Goldberg, 2006; Tourni & Coyle, 2002). É também mais frequente que casais do mesmo sexo/género reflitam antecipadamente sobre o desempenho dos papéis parentais e sobre a divisão de tarefas domésticas e parentais. Alguns estudos indicam que casais do mesmo sexo/género, e em particular casais de duas mulheres, dividem as tarefas domésticas e parentais intencionalmente de forma mais equitativa, assumindo uma divisão de tarefas com base nas preferências e atributos individuais de cada membro do casal (Chan et al., 1998; Feugé et al., 2019; Goldberg et al., 2012b).

No que diz respeito às motivações de pessoas trans e de género não-binário, a parca literatura existente sugere que possa haver uma maior motivação e concretização da parentalidade biológica, ainda que este projeto possa ser ameaçado pelos tratamentos hormonais e/ou cirúrgicos associados à transição de género (Tornello & Bos, 2017; Tornello et al., 2019). No contexto português, só o acesso ao Serviço Nacional de Saúde para tratamentos e intervenções cirúrgicas, farmacológicas ou de outra natureza, destinadas a fazer corresponder o corpo à identidade de género de pessoas trans, tem um período de espera de 270 dias (Resolução da Assembleia da República n.º 235/2018). Posto isto, a constituição de uma família por minorias de género pode englobar razões que condicionam ou retardam o processo de parentalidade. A transição é o objetivo principal e esta acaba muitas vezes por atrasar ou inibir o desejo da parentalidade dos indivíduos, por considerarem que o fim da transição é tardio para serem pais/mães, ou

que a própria transição já é de tal forma dispendiosa, que os impede de concretizarem a parentalidade (Riggs et al., 2016).

No que diz respeito à transição para a parentalidade, pais e mães LGBTQ+ tendem a sentir maior autoeficácia e confiança no exercício da parentalidade após terem filhos/as, em particular homens gays, assim como um aumento gradual da vinculação com os/as seus/suas filhos/as. Mais, comparativamente a casais de sexo/género diferente, casais do mesmo sexo/género tendem a experimentar mais sentimentos positivos em relação à parentalidade e elevada autoestima após o nascimento da criança (Bergman et al., 2010; Rubio et al., 2020).

### **(Homo)Parentalidade e Dinâmicas Familiares**

Após mais de 40 anos de investigação científica sobre a parentalidade exercida por pessoas LGBTQ+, pode concluir-se que crianças educadas por pessoas LGBTQ+ e/ou por casais do mesmo sexo/género se desenvolvem de forma semelhante a crianças de pais/mães HC e de casais de sexo/género diferente, no que diz respeito aos principais indicadores de desenvolvimento infantil (Averett et al., 2015; Crowl et al., 2008; Fedewa et al., 2015; Miller et al., 2017). Em particular, tem sido demonstrado que as crianças educadas em famílias homoparentais não revelam maior prevalência de problemáticas emocionais, comportamentais ou cognitivas, demonstram uma prevalência semelhante a crianças em famílias heteroparentais quanto a tornarem-se adultos/as heterossexuais cisgénero, ou a desenvolverem uma identidade global sólida (Anderssen et al., 2002; Carneiro et al., 2017; Tasker, 2005). Quanto às crenças sociais sobre a possibilidade das crianças se tornarem homossexuais ou de desenvolverem uma identidade sexual ou de género confusa, a evidência científica consistentemente contraria estas crenças heteronormativas (e.g., Bailey et al., 1995; Golombok & Tasker, 1996). De ressaltar, em particular, a capacidade de pais e mães LGBTQ+ em estabelecerem relações de vinculação de qualidade com os/as seus/suas filhos/as, relações estas que são determinantes para um bom desenvolvimento infantil e para a capacidade de estabelecer boas relações afetivas ao longo do ciclo de vida (Feugé et al., 2020; Golombok, 2020; McConnachie et al., 2020; Salinas-Quiroz et al., 2018, 2021).

Existem, porém, algumas diferenças identificadas entre crianças em famílias homoparentais e heteroparentais, fruto de características específicas da parentalidade

exercida por pessoas LGBT+ e, conseqüentemente, de padrões de relação pai/mãe-criança nestas famílias. Por exemplo, no que diz respeito às trajetórias de desenvolvimento de gênero, a literatura tem apresentado resultados contrastantes, com alguns estudos a indicar que as crianças com pais/mães LGBT+ demonstram alguns comportamentos de gênero menos tipificados, particularmente os/as filhos/as de mães lésbicas ou bissexuais (e.g., Carone et al., 2020), enquanto outros estudos não encontraram tais diferenças (e.g., Bruun & Farr, 2021; Farr et al., 2018). No que diz respeito à sexualidade, alguns estudos sugerem que os/as filhos/as de mães lésbicas poderão demonstrar maior atração por e comportamento sexual com pessoas do mesmo sexo/gênero (e.g., Gartrell et al., 2019). Para além destas questões, alguns estudos recentes, em particular na área da adoção, têm sugerido que as crianças adotadas por casais do mesmo sexo/gênero apresentam alguns indicadores melhores do que crianças adotadas por casais de sexo/gênero diferente, nomeadamente menor prevalência de problemáticas comportamentais ou de internalização (e.g., Golombok et al., 2014). Esta evidência é particularmente interessante tendo em conta que os casais do mesmo sexo/gênero tendem a adotar crianças mais velhas e com maiores dificuldades prévias à adoção (Costa & Tasker, 2018; Costa et al., 2021). Isto sugere, portanto, que características particulares das pessoas LGBT+, incluindo características desenvolvidas na sequência das suas experiências de estigma, permitem-lhe desenvolver padrões de parentalidade mais sintonizados com as necessidades específicas dos/as filhos/as (Costa et al., 2021).

### **O estudo das Famílias Homoparentais no Contexto Português**

Em Portugal, poucos estudos têm sistematicamente examinado a parentalidade exercida por pessoas LGBT+ ou o desenvolvimento das crianças com pais/mães LGBT+. Contudo, nos últimos anos a investigação tem evoluído de modo a contribuir para a correção das perceções negativas ainda persistentes sobre estas famílias. Assinala-se, no entanto, que os estudos científicos realizados em Portugal foram elaborados antes ou durante o processo de mudança legislativa quanto ao acesso à parentalidade (e.g., Carneiro et al., 2018; Costa, 2012; Costa et al., 2020). Estes estudos revelaram o stress adicional com que estas famílias viviam e as múltiplas origens do mesmo: as limitações do sistema legal, a prevalência de preconceito ao nível médico, a discriminação e falta de suporte social que se reflete no plano psicológico, os conflitos ao nível escolar entre pares

e a sociedade em geral que, de diversas formas, discrimina os membros destas famílias (Costa, 2012). De igual modo, outros estudos mencionaram também os desafios associados ao estatuto de minoria. Os desafios foram perspetivados face a várias questões, como o eventual impacto das atitudes negativas da sociedade nos/as (futuros/as) filhos/as; as vivências do *coming out*, individual e/ou do casal, enquanto tarefa permanente nas trocas com exterior; a (in)existência de apoio por parte da família de origem e rede informal, associada à perceção de não valorização e/ou maior dificuldade de aceitação do projeto parental; os constrangimentos esperados nos contactos com a rede formal (e.g., os serviços de adoção, a escola dos/as filhos/as); e, adicionalmente, a falta de modelos para a família (Xavier, Alberto & Mendes, 2020).

Relativamente à importância do suporte social e familiar, um estudo qualitativo com mães lésbicas por inseminação assistida ou por autoinseminação indicou que a revelação da maternidade lésbica nem sempre é bem acolhida nas famílias de origem das mães (Costa et al., 2020). Se, por um lado, algumas famílias revelam uma dificuldade em aceitar a intersecção entre lesbianismo e maternidade, outras apresentam uma rejeição da maternidade não biológica. Contudo, em ambas as situações o preconceito e rejeição iniciais foram superados pelas famílias de origens destas mães devido ao estabelecimento de laços afetivos com os/as netos/as, sublinhando-se a preponderância dos valores familiares sobre o preconceito sexual. Um outro estudo qualitativo com mães lésbicas e pais gays adotantes em Portugal revelou uma forte motivação parental, relações pais/mães-criança de qualidade, e um grande prazer no exercício da parentalidade. Contudo, as três famílias entrevistadas destacaram as enormes dificuldades para concretizarem a adoção singular – estando à época proibida a adoção conjunta – e os elevados níveis de stress resultantes desta desigualdade legal, da falta de reconhecimento de ambas as figuras parentais, e da preocupação com a possibilidade de a criança poder sofrer de *bullying* ou assédio por parte dos seus pares com base na orientação sexual dos/as pais/mães (Carneiro et al., 2018).

Os valores da influência sociopolítica e histórica do catolicismo a par da heteronormatividade também são apontados como desafios (Costa & Shenkman, 2020). Estudos com mães lésbicas sugerem que a parentalidade destas não contraria o papel de género feminino, ou seja, as mães – heterossexuais, lésbicas, biológicas ou não – dedicam mais tempo à educação/tarefas inerentes aos filhos. Além disso, são as mulheres que

desejam uma partilha mais igualitária nas responsabilidades familiares e profissionais que intervêm com a parentalidade. Talvez por esse motivo, o estudo da homoparentalidade masculina tenha sido deixado para trás em diversos países como em Portugal, comparativamente ao estudo da homoparentalidade feminina.

### **Coparentalidade em Famílias Homoparentais**

Uma melhor compreensão dos processos de coparentalidade em configurações familiares diversas pode ser de particular relevância para famílias constituídas por casais do mesmo sexo/género (Sumontha et al., 2016). Patterson et al. (2004) exploraram a divisão do trabalho familiar entre casais de duas mulheres e casais de homem-mulher com crianças entre os 4 e 6 anos de idade. Este estudo revelou que os casais de duas mulheres eram mais propensos a dividir o trabalho remunerado e não remunerado equitativamente, enquanto os casais de homem-mulher eram mais propensos a mostrar padrões especializados, com as mães a dedicarem mais tempo ao trabalho familiar não remunerado do que os pais. Além disso, Cowan e Cowan (1992) relataram que os pais que gastavam menos horas em empregos remunerados estavam mais envolvidos no cuidado dos filhos. Assim sendo, a parentalidade em famílias homoparentais tende a ser dividida de forma mais equitativa no que diz respeito às responsabilidades parentais, e quanto maior a perceção de igualdade, maior a satisfação indicada pelas mães/pais LGBT+ (Tornello, et al., 2015a; Tornello et al., 2015b).

Em Portugal existem muito poucos estudos sobre o exercício da coparentalidade e, do nosso conhecimento, nenhum com famílias homoparentais. Lamela et al. (2010) examinaram a coparentalidade como um processo familiar fundamental global na previsão do funcionamento familiar e do bem-estar psicológico de todos os membros da família. Ainda assim, associou-se uma coparentalidade enfraquecida a problemas de internalização nas crianças quando existem baixos níveis de acordo, de apoio ou exposição a conflitos, ao passo que uma coparentalidade cooperativa foi associada a um melhor funcionamento familiar com menores problemas de externalização das crianças (Lamela et al., 2016). Todavia, num estudo qualitativo realizado por Lopes (2021) sobre coparentalidade em cinco famílias homoparentais (duas famílias com pais gays e três famílias com mães lésbicas/bissexuais) por adoção no Brasil, onde o enquadramento sociolegal possui características similares ao contexto português (Costa & Shenkman,

2020), verificou-se que as mães lésbicas manifestaram uma partilha coparental intencional, refletida e organizada a priori. Nestas famílias, foi relatada a existência de apoio mútuo, o que parece contribuir para a afirmação da competência do/a outro/a, reconhecimento e respeito das contribuições de cada um/a. Em contraste, no mesmo estudo com quatro famílias heteroparentais por adoção em Portugal, o mesmo não se verificou, sendo que as mães heterossexuais identificavam ser as principais cuidadoras dos filhos, de acordo com as tradicionais expectativas heteronormativas de género, evidenciando-se alguma insatisfação com a coparentalidade (Lopes, 2021).

## **Conclusões**

Inicialmente, o estudo de famílias homoparentais surgiu da preocupação com o desenvolvimento e o bem-estar de crianças educadas por pessoas LGBTQ+. A investigação científica criou um espaço crucial para o progresso social e político que inicia nas décadas de 1960/1970 quando mães e/ou pais se revelavam homossexuais, e que suscitam a discussão público-legal se a orientação sexual teria repercussões negativas para o desenvolvimento psicológico, social e sexual das crianças. De forma consensual, a investigação não corroborou a existência de problemáticas para as crianças educadas por pais/mães LGBTQ+ ou por casais do mesmo sexo/género. A Ordem dos Psicólogos Portugueses, no seu “Relatório de evidência científica psicológica sobre relações familiares e desenvolvimento infantil em famílias homoparentais”, esclarece que as crianças educadas em contexto homoparental têm um desenvolvimento psicossocial tão bom como os seus pares em famílias heteroparentais (OPP, 2013). Desta forma, através de uma revisão narrativa e crítica de estudos, Stacey e Biblarz (2001) sugerem que quaisquer problemáticas que possam ser observadas, por exemplo stress parental, não se devem à orientação sexual dos/as pais/mães, mas sim ao facto de pais gays e mães lésbicas se sentirem continuamente observados/as e escrutinados/as sobre o seu desempenho parental e, conseqüentemente, sentirem uma maior pressão para serem os/as melhores pais/mães.

Também no contexto português, os poucos estudos demonstram que, não obstante o preconceito e a discriminação, as crianças educadas em contexto homoparental desenvolvem-se bem (e.g., Carneiro et al., 2018; Costa et al., 2012; Costa et al., 2020). No caso das crianças adotadas, estas podem enfrentar maiores dificuldades de

desenvolvimento comparativamente a crianças criadas em famílias biológicas. Embora isto aconteça, os/as pais/mães adotivos/as parecem atenuar os efeitos negativos das primeiras adversidades vividas no ajustamento psicossocial dos/as seus/suas filhos/as (Carneiro et al., 2017). Assim, a evidência disponível sublinha que as configurações e padrões relacionais familiares têm uma importância maior para o desenvolvimento psicossocial das crianças do que a estrutura familiar (Golombok, 2015). Ou seja, a orientação sexual ou identidade de género minoritárias em nada condicionam o exercício da parentalidade (Carneiro et. al, 2017; Costa, 2012; Crowl et al., 2008).

À guisa de conclusão, é crucial lembrar que a parentalidade é uma “instituição do parentesco, que não decorre apenas da biologia, deve ser fundamentada em princípios como o cuidado, o amor, a proteção e a responsabilização na educação das crianças (OPP, 2013, p. 4).” Por fim, espera-se que a investigação científica possa contribuir para o aprofundamento do conhecimento destas famílias, constituindo de igual modo uma oportunidade para a reflexão sobre a forma como pessoas LGBTQ+ concretizam o seu projeto de parentalidade – ainda que com todas as limitações e desafios associados. É também de realçar a importância que a homoparentalidade e o desenvolvimento infantil tomam no acesso e regulação da parentalidade. A discriminação e a estigmatização das pessoas LGBTQ+ não findam com as muitas alterações jurídicas e políticas que se sucederam nestas últimas quatro décadas. Acima de tudo, o que a homoparentalidade evidencia a possibilidade de se formar e viver a família de um modo não alicerçado nas categorias rígidas de género que, na sociedade ocidental, estiveram sempre na base da sua formação, justificando (e justificadas por) o seu carácter natural (Lima & Moz, 2013). A pluralidade do que é *família* é, portanto, dar a liberdade – a liberdade de cada pessoa aspirar e constituir a sua família.

## Referências

- Anderssen, N., Amlie, C., & Ytterøy, E. A. (2002). Outcomes for children with lesbian or gay parents. A review of studies from 1978 to 2000. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 335-351. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00302>
- Amato, P. R., & Kane, J. B. (2011). Life-course pathways and the psychosocial adjustment of young adult women. *Journal of Marriage and Family*, 73, 279-295. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00804.x>

- Araldi, M. O., & Serralta, F. B. (2019). O processo de construção e a experiência da parentalidade em casais homossexuais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe1>
- Averett, P., Hegde, A., & Smith, J. (2015). Lesbian and gay parents in early childhood settings: A systematic review of the research literature. *Journal of Early Childhood Research*, 15, 34-46. <https://doi.org/10.1177/1476718X15570959>
- Baiocco, R., & Laghi, F. (2013). Sexual orientation and the desires and intentions to become parents. *Journal of Family Studies*, 19, 90-98. <https://doi.org/10.5172/jfs.2013.19.1.90>
- Bailey, J. M., Bobrow, D., Wolfe, M., & Mikach, S. (1995). Sexual orientation of adult sons of gay fathers. *Developmental Psychology*, 31, 124-129. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.124>
- Bergman, K., Rubio, R. J., Green, R.-J., & Padrón, E. (2010). Gay men who become fathers via surrogacy: The transition to parenthood. *Journal of GLBT Family Studies*, 6, 111-141. <https://doi.org/10.1080/15504281003704942>
- Bergstrom-Lynch, C. (2015). *Lesbians, gays, and bisexuals becoming parents or remaining childfree: Confronting social inequalities*. Lanham, MD: Lexington.
- Berkowitz, D., & Marsiglio, W. (2007). Gay men: Negotiating procreative, father, and family identities. *Journal of Marriage and Family*, 69, 366-381. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00371.x>
- Biblarz, T. J. & Stacey, J. (2010). How does the gender of parents matter? *Journal of Marriage and Family*, 72, 3-22. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2009.00678.x>
- Blackstone, A., & Stewart, M. D. (2016). “There’s more thinking to decide”: How the childfree decide not to parent. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 24, 1-8. <https://doi.org/10.1177/1066480716648676>
- Bos, H. M. W., van Balen, F., & van den Boom, D. C. (2003). Planned lesbian families: Their desire and motivation to have children. *Human Reproduction*, 18, 2216-2224. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg427>
- Bos, H. M. W., van Balen, F., & van den Boom, D. C. (2005). Child adjustment and parenting in planned lesbian-parent families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 38-48. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.1.38>

- Brown, S., Smalling, S., Groza, V., & Ryan, S. (2009). The experiences of gay men and lesbians in becoming and being adoptive parents. *Adoption Quarterly*, *12*, 229-246. <https://doi.org/10.1080/10926750903313294>
- Bruun, S. T., & Farr, R. H. (2021). Longitudinal gender presentation and associated outcomes among adopted children lesbian, gay, and heterosexual parents. *Journal of GLBT Family Studies*, *17*, 231-250. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2020.1802382>
- Carneiro, F. A., Costa, P. A., Pereira, H., & Leal, I. (2018). A qualidade das vivências parentais em três famílias homoparentais portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *19*, 129-135. <https://doi.org/10.15309/18psd190119>
- Carneiro, F. A., Tasker, F., Salinas-Quiroz, F., Leal, I., & Costa, P. A. (2017). Are the fathers alright? A systematic and critical review of studies on gay and bisexual fatherhood. *Frontiers in Psychology*, *8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01636>
- Carone, N., Lingiardi, V., Tanzilli, A., Bos, H. M. W., & Baiocco, R. (2020). Gender development in children with gay, lesbian, and heterosexual parents: Associations with family type and child gender. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *41*, 38-47. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000726>
- Chan, R. W., Brooks, R. C., Raboy, B., & Patterson, C. J. (1998). Division of labor among lesbian and heterosexual parents: Associations with children's adjustment. *Journal of Family Psychology*, *12*, 402-419. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.12.3.402>
- Commissioner for Human Rights. (2011). *Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Costa, P. A. (2012). Homoparentalidade - Que famílias, que experiências? In I. Leal, F. Pimenta, & M. Marques (Eds.), *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas* (pp. 115-128). Lisboa: Placebo Editora
- Costa, P. A. (2021). Attitudes toward LGB families: International policies and LGB family planning. In D. Haider-Markel (Ed.), *The Oxford Encyclopedia of LGBT Politics and Policy*. Oxford, UK, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1177>

- Costa, P. A., Almeida, R., Anselmo, C., Ferreira, A., Pereira, H., & Leal, I. (2014) University students' attitudes toward same-sex parenting and gay and lesbian rights in Portugal, *Journal of Homosexuality*, 61, 1667-1686, <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.951253>
- Costa, P. A., Carneiro, F., Esposito, F., D'amore, S., & Green. R.-J. (2018). Sexual prejudice in Portugal: Results from the first wave European study on heterosexuals' attitudes toward gay and lesbian marriage and parenting. *Sexuality Research and Social Policy*, 15, 99-110. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0292-y>
- Costa, P. A., & Bidell, M. (2017). Modern families: Parenting desire, intention, and experience among Portuguese lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Family Issues*, 38, 1-16. <https://doi.org/10.1177/0192513X16683985>
- Costa, P. A., Caldeira, S., Fernandes, I., Rita, C., Pereira, H. & Leal, I. (2013). Portuguese attitudes toward homosexual parenting. *Psicologia: Reflexão e Crítica/Psychology*, 26, 790-798. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400020>
- Costa, P. A., Pereira, H., & Leal, I. (2012). Homoparentalidade: O estado da investigação e a procura de normalização. *Psicologia*, 26, 55-69. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v26i1.262>
- Costa, P. A., & Shenkman, G. (2020). LGBTQ-Parent families in Non-Western contexts. In A. E. Golberg & K. R. Allen (Eds.), *LGBTQ-Parent families: Innovations in research and implications for practice* (pp. 319-336). New York: Springer.
- Costa, P. A., & Tasker, F. (2018). “We wanted a forever family”: Altruistic, individualistic, and motivated reasoning motivations for adoption among LGBTQ individuals. *Journal of Family Issues*, 39, 4156–4178. <https://doi.org/10.1177/0192513X18810948>
- Costa, P. A., Tasker, F., Carneiro, F. A., Pereira, H. & Leal, I. (2020): Reactions from family of origin to the disclosure of lesbian motherhood via donor insemination. *Journal of Lesbian Studies*, 24, 1-11. <https://doi.org/10.1080/10894160.2019.1614378>

- Costa, P. A., Tasker, F., & Leal, I. (2021). Different placement practices for different families? Children's adjustment in LGH adoptive families. *Frontiers in Psychology, 12*, 649853. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.649853>
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. Basic Books.
- Crowl, A. L., Ahn, S. & Baker, J. A. (2008). A meta-analysis of developmental outcomes for children of same-sex and heterosexual parents. *Journal of GLBT Family Studies, 4*, 385-406. <https://doi.org/10.1080/15504280802177615>
- D'Amore, S., Wollast, R., Green, R-J., Bouchat, P., Costa, P. A., Katuzny, J., Scali, T., Baiocco, R., Vecho, O., Mijas, M. E., Aparicio, M. E., Geroulanou, K., & Klein, O. (2020). Heterosexual university students' attitudes toward same-sex couples and parents across seven European countries. *Sexuality Research and Social Policy*, advance online. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00511-4>
- Defreyne, J., van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. R. (2019). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility & Sterility, 113*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002>
- Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child development, 69*, 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06128.x>
- Farr, R. H., Bruun, S. T., Doss, K. M., & Patterson, C. J. (2018). Children's gender-typed behavior from early to middle childhood in adoptive families with lesbian, gay, and heterosexual parents. *Sex Roles, 78*, 528-541. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0812-5>
- Fedewa, A. L., Black, W. W., & Ahn, S. (2015). Children and adolescents with same-gender parents: A meta-analytic approach in assessing outcomes. *Journal of GLBT Family Studies, 11*, 1-34. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2013.869486>
- Feugé, E. A., Cossette, L., Cyr, C., & Julien, D. (2019). Parental involvement among adoptive gay fathers: Associations with resources, time constraints, gender role, and child adjustment. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 6*, 1–10. <https://doi.org/10.1037/sgd0000299>

- Feugé, E. A., Cyr, C., Cossette, L., & Julien, D. (2020). Adoptive gay fathers' sensitivity and child attachment and behavior problems. *Attachment & Human Development*, 22, 247-268. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1557224>
- Gartrell, N., Bos, H., & Koh, A. (2019). Sexual attraction, sexual identity, and same-sex sexual experiences of adult offspring in the U.S. national longitudinal lesbian family study. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 1495-1503. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1434-5>
- Gato, J., Leal, D., & Tasker, F. (2019). Parenting desires, parenting intentions, and anticipation of stigma upon parenthood among lesbian, bisexual, and heterosexual women in Portugal. *Journal of Lesbian Studies*, 23, 451-463. <https://doi.org/10.1080/10894160.2019.1621733>
- Gato, J., Henriques, M. R., & Leal, D. (2021). Adoption by lesbian women and gay men: Perceived challenges and training needs for professionals in Portugal. *Adoption Quarterly*, 24, 152-175. <https://doi.org/10.1080/10926755.2020.1834044>
- Gato, J., Santos, S., & Fontaine, A. M. (2017). To have or not to have children? That is the question. Factors influencing parental decisions among lesbian and gay men. *Sexuality Research & Social Policy*, 14, 310-323. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0268-3>
- Goldberg, A. E. (2006). The transition to parenthood for lesbian couples. *Journal of GLBT Family Studies*, 2, 13-42. [https://doi.org/10.1300/J461v02n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J461v02n01_02)
- Goldberg, A. E. (2010). *Lesbian and gay parents and their children: Research on the family life cycle*. American Psychological Association.
- Goldberg, A. E. (2012). *Gay Dads: Transitions to Adoptive Fatherhood*. New York: New York University Press.
- Goldberg, A. E., Downing, J. B., & Moyer, A. M. (2012a). Why parenthood, and why now? Gay men's motivations for pursuing parenthood. *Family Relations*, 61, 157-174. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2011.00687.x>
- Goldberg, A. E., Smith, J. Z., & Perry-Jenkins, M. (2012b). The division of labor in lesbian, gay, and heterosexual new adoptive parents. *Journal of Marriage and Family*, 74, 812-828. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.00992.x>
- Golombok, S. (2015). *Modern Families: Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press

- Golombok, S. (2020). The psychological wellbeing of ART children: What have we learned from 40 years of research? *Reproductive BioMedicine Online*, 41, 743-746. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.08.012>
- Golombok, S., Mellish, L., Jennings, S., Casey, P., Tasker, F., and Lamb, M. E. (2014). Adoptive gay father families: Parent-child relationships and children's psychological adjustment. *Child Development*, 85, 456-468. <https://doi.org/10.1111/cdev.12155>
- Golombok, S., & Tasker, F. (1996). Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families. *Developmental Psychology*, 32, 3-11. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.1.3>
- Hart, C. S. (2016). How do aspirations matter? *Journal of Human Development and Capabilities*, 17, 324-341. <https://doi.org/10.1080/19452829.2016.1199540>
- Imrie, S. & Golombok, S. (2020). Impact of New Family Forms on Parenting and Child Development. *Annual Review of Developmental Psychology*, 2, 295-316. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-070220-122704>
- Jennings, S., Mellish, L., Tasker, F., Lamb, M., & Golombok, S. (2014). Why adoption? Gay, lesbian, and heterosexual adoptive parents' reproductive experiences and reasons for adopting. *Adoption Quarterly*, 17, 205-226. <https://doi.org/10.1080/10926755.2014.891549>
- Lasio, D., Lampis, J., Spiga, R., & Serri, F. (2020). Lesbian and gay individual parenting desires in heteronormative contexts. *Europe's Journal of Psychology*, 16, 210-228. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i2.1808>
- Lamela, D., Nunes-Costa, R. & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais: Revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 15, 205-216. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722010000100022>
- Lamela, D., Figueiredo, B., Bastos, A. & Feinberg, M. (2016). Typologies of post-divorce coparenting and parental well-being, parenting quality and children's psychological adjustment. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 716-728. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0604-5>
- Lima, A. P. & Moz, M. (2013). Pais, mães e filhos: Construir famílias na pluralidade (pp. 37-51). In *Famílias no plural: Alargar o conceito, largar o preconceito*. Atas da conferência. ILGA-Portugal e CRIA. <https://repositorio.iscte->

iul.pt/bitstream/10071/11738/5/Pais%2C%20mães%20e%20filhos\_construir%20fam%C3%ADlias%20na%20pluralidade.pdf

- Leal, D., Gato, J., & Tasker, F. (2019). Prospective parenting: sexual identity and intercultural trajectories. *Culture, Health & Sexuality*, 21, 767-773. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1515987>
- Lemos da Silva, S. C. (2018). *A parentalidade prospetiva pela voz de pessoas com identidade de género trans ou não binária*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Lopes, M. F. (2021). *Dinâmicas de coparentalidade em famílias por adoção em dois contextos: Famílias heteroparentais em Portugal (Estudo 1) e Famílias homoparentais no Brasil (Estudo 2), com filhos entre os 4 e os 18 anos* (Dissertação de Mestrado não publicada]. ISPA – Instituto Universitário.
- Lottes, I., & Alkula, T. (2011). An investigation of sexuality-related attitudinal patterns and characteristics related to those patterns for 32 European countries. *Sexuality Research and Social Policy*, 8, 77–92. <https://doi.org/10.1007/s13178-011-0038-1>.
- Marinho, I., Gato, J., & Coimbra, S. (2021). Parenthood intentions, pathways to parenthood, and experiences in the health services of trans people: an exploratory study in Portugal. *Sexuality Research and Social Policy*, 18, 682-692. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00491-5>
- Mattawanon, N., Kummaraka, U., Oon-arom, A., Manojai, N., & Tangpricha, V. (2021). Reproductive desires in transgender and gender diverse adults: A cross-sectional study in Thailand. *International Journal of Transgenderism*, advance online. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1864560>
- McConnachie, A. L., Ayed, N., Jadvá, V., Lamb, M., Tasker, F., & Golombok, S. (2020). Father-child attachment in adoptive gay father families. *Attachment & Human Development*, 22, 110-123. <https://doi.org/10.1080/14616734.2019.1589067>
- Mendes, A. T. (2020). *Aspirações à parentalidade em homens gays e bissexuais em Portugal*. (Dissertação de Mestrado não publicada). ISPA – Instituto Universitário.

- Miller, B. G., Kors, S., & Macfie, J. (2017). No differences? Meta-analytic comparisons of psychological adjustment in children of gay fathers and heterosexual fathers. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 4*, 14–22. <https://doi.org/10.1037/sgd0000203>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP] (2013). Relatório de evidência científica psicológica sobre relações familiares e desenvolvimento infantil nas famílias homoparentais. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/relataorio\\_de\\_evidencia\\_cientifica\\_psicologica\\_sobre\\_as\\_relacoes\\_familiares\\_e\\_o\\_desenvolvimento\\_infantil\\_nas\\_familias.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/relataorio_de_evidencia_cientifica_psicologica_sobre_as_relacoes_familiares_e_o_desenvolvimento_infantil_nas_familias.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP] (2017). Guia orientador da intervenção psicológica com pessoas lésbicas, gays, *bissexuais e trans (LGBT)*. Disponível em [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guidelines\\_opp\\_lgbt\\_marco\\_2017.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guidelines_opp_lgbt_marco_2017.pdf)
- Parente, I. F. S. (2021). *A influência dos/as sobrinhos/as e/ou afilhados/as na aspiração à parentalidade de pessoas LGB* (Dissertação de Mestrado não publicada). ISPA – Instituto Universitário.
- Patterson, C. J. (2006). Children of Lesbian and Gay Parents. *Current Directions in Psychological Science, 15*, 241-244. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1467-8721.2006.00444.x>
- Patterson, C. J., & Redding, R. (1996). Lesbian and gay families with children: Public policy implications of social science research. *Journal of Social Issues, 52*, 29-50.
- Patterson, C. J., Sutfin, E. & Fulcher, M. (2004). Division of labor among lesbian and heterosexual parenting couples: Correlates of specialized versus shared patterns. *Journal of Adult Development, 11*, 179-189. <https://doi.org/10.1023/B:JADE.0000035626.90331.47>
- Perelson, S. (2006). A parentalidade homossexual: uma exposição do debate psicanalítico no cenário francês atual. *Revista de Estudos Feministas, 14*, 709-730.
- Pinheiro, L., Galiza, M., & Fontoura, N. (2009). Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: A licença-parental como política pública para lidar com essas tensões. *Revista Estudos Feministas, 17*, 851-859. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2009000300013>

- Riggs, D. W., Power, J., & von Doussa, H. (2016). Parenting and Australian trans and gender diverse people: An exploratory survey. *International Journal of Transgenderism*, 17, 59-65. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149539>
- Riskind, R. G., & Patterson, C. J. (2010). Parenting intentions and desires among childless lesbian, gay, and heterosexual individuals. *Journal of Family Psychology*, 24, 78-81. <https://doi.org/10.1037/a0017941>
- Rubio, B., Vecho, O., Gross, M., Gelderen, L. van R., Bos, H., Ellis-Davies, K., Winstanley, A., Golombok, S., & Lamb, M. E. (2020). Transition to parenthood and quality of parenting among gay, lesbian, and heterosexual couples who conceived through assisted reproduction. *Journal of Family Studies*, 26, 422-440. <https://doi.org/10.1080/13229400.2017.1413005>
- Salinas-Quiroz, F., Costa, P. A., & Lozano-Verduzco, I. (2020). Parenting aspiration among diverse sexual orientations and gender identities in Mexico, and its association with internalized homo/transnegativity and connectedness to the LGBTQ community. *Journal of Family Issues*, 41, 759-783. <https://doi.org/10.1177/0192513X19881675>
- Salinas-Quiroz, F., Rodríguez-Sánchez, F., Cambón, V., Silva, P., Costa, P. A., & Martínez, A. (2021). Parental secure base support and child secure base use in Mexican same-sex families. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, advance online.
- Salinas-Quiroz, F., Rodríguez-Sánchez, F., Costa, P. A., Rosales, M., Silva, P. & Cambón, V. (2018). Can children have ordinary expectable environments in unconventional contexts? Quality of care organization in three Mexican same-gender parented families. *Frontiers in Psychology*, 9, 2349. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02349>
- Santona, A., Vecchi, A., Gorla, L., Tognasso, G. (2021). Parenthood desire in Italian homosexual couples. *Journal of Family Issues*, advance online. <https://doi.org/10.1177/0192513X21999691>
- Santos, C. F. P. (2021). *Estigma e o seu impacto nas aspirações de vida da comunidade LGBT+* (Dissertação de Mestrado não publicada). ISPA – Instituto Universitário.
- Stacey, J., & Biblarz, T. J. (2001). (How) does the sexual orientation of parents matter? *American Sociological Review*, 66, 159-183. <https://doi.org/10.2307/2657413>

- Siegenthaler, A. L., & Bigner, J. J. (2000). The value of children to lesbian and non-lesbian mothers. *Journal of Homosexuality*, *39*, 73-91. [https://doi.org/10.1300/J082v39n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J082v39n02_04)
- Sumontha, J., Farr, R. H. & Patterson, C. J. (2016). Social Support and Coparenting Among Lesbian, Gay, and Heterosexual Adoptive Parents. *Journal of Family Psychology*, *30*, 987-996. <https://doi.org/10.1037/fam0000253>
- Scandurra, C., Bacchini, D., Esposito, C., Bochicchio, V., Valerio, P., & Amodeo, A. L. (2019). The influence of minority stress, gender, and legalization of civil unions on parenting desire and intention in lesbian women and gay men: Implications for social policy and clinical practice. *Journal of GLBT Family Studies*, *15*, 76-100. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2017.1410460>
- Simon, K. A., Tornello, S. L., Farr, R. H., & Bos, H. M. W. (2018). Envisioning future parenthood among bisexual, lesbian, and heterosexual women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *5*, 253-259. <https://doi.org/10.1002/jclp.10096>
- Shenkman, G., Bos, H., & Kogan, S. (2019). Attachment avoidance and parenthood desires in gay men and lesbians and their heterosexual counterparts. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *37*, 344-357. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1578872>
- Takács, J., Szalma, I., & Bartus, T. (2016). Social attitudes toward adoption by same-sex couples in Europe. *Archives of Sexual Behavior*, *45*, 1787-1798. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0691-9>
- Tasker, F. (2005). Lesbian mothers, gay fathers and their children: A review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *26*.
- Tasker, F., & Gato, J. (2020). Gender identity and future thinking about parenthood: A qualitative analysis of focus group data with transgender and non-binary people in the United Kingdom. *Frontiers in Psychology*, *11*, 865. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00865>
- Tate, D. P., & Patterson, C. J. (2019). Desire for parenthood in context of other life aspirations among lesbian, gay, and heterosexual young adults. *Frontiers in Psychology*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02679>

- Tate, D. P., & Patterson, C. J., & Levy, A. J. (2019). Predictors of parenting intentions among childless lesbian, gay, and heterosexual adults. *Journal of Family Psychology, 33*, 194-202. <https://doi.org/10.1037/fam0000499>
- Tornello, S., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health, 4*, 115-120. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153>
- Tornello, S., Kruczkowski, S. & Patterson, C. (2015a). Division of labor and relationship quality among male sex-sex couples who became fathers via surrogacy. *Journal of GLBT Family Studies, 11*, 375–349. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2015.1018471>
- Tornello, S., Riskind, R. G., & Babić, A. (2019). Transgender and gender non-binary parents' pathways to parenthood. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 6*, 232–241. <https://doi.org/10.1037/sgd0000323>
- Tornello, S., Sonnenberg, B. & Patterson, C. (2015b). Division of labor among gay fathers: Associations with parent, couple, and child adjustment. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*, 365–375. <https://doi.org/10.1037/sgd0000109>
- Touroni, E., & Coyle, A. (2002). Decision-making in planned lesbian parenting: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 12*, 194-209. <https://doi.org/10.1002/casp.672>
- Xavier, P. A., Alberto, I. M., & Mendes, F. E. (2015). Homoparentalidade: Da abordagem científica aos normativos legais em Portugal. *Psicologia & Sociedade, 27*, 179-188. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p179>
- Xavier, P., Alberto, I. & Mendes, F. (2020). Pensando a homoparentalidade: Um estudo qualitativo com jovens adultos portugueses sem filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 36*, 1-13. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3646>

## Capítulo 4

# **Discriminações interseccionais nas trajetórias de crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso em Portugal**

Mafalda Esteves

*O que o meu pai e minha mãe protegiam não eram os meus direitos de criança, mas as normas sexuais e de género que dolorosamente eles mesmos tinham internalizado, através de um sistema educativo e social que castigava todas as formas de dissidência com a ameaça, a intimidação, o castigo, e a morte. Eu tinha um pai e uma mãe, mas nenhum dos dois pode proteger o meu direito à livre autodeterminação de género e de sexualidade (Preciado, 2003, pp. 98-99).*

### **Resumo:**

Numa sociedade marcada pelo controlo e regulação dos corpos e assente numa normatividade de género e de sexualidade, as pessoas LGBTI+ enfrentam múltiplos desafios que comprometem o seu bem-estar. No caso das crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso acresce vulnerabilidade já que, em especial a infância, tem sido uma etapa e um terreno fértil de disputas de cariz adultocêntrico e (cis)heteronormativo que moldam as suas experiências e percursos. Travar a(s) violência(s) de género contra crianças e jovens com diversidade sexual e de género torna-se uma prioridade. Nessa senda, o Estado português tem dado sinais de compromisso para com a infância, expressos através de desenvolvimentos legais e jurídicos, que em particular afetam as crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso e que cumprem o princípio da igualdade e não discriminação. Apesar destas significativas conquistas, estudos recentes continuam a revelar que uma abordagem unicamente centrada na dimensão legal e jurídica é insuficiente para garantir a eliminação da discriminação e outras violências junto das crianças com diversidade sexual e de género. No âmbito do projeto europeu *Diversity & Childhood: Changing social attitudes towards gender diversity in children across Europe (2019-2021)*, a partir do contexto português quisemos refletir sobre o modo como a lei da autodeterminação de género está a ser aplicada em diferentes contextos de acompanhamento na infância. Para tal, procurámos conhecer perceções sociais sobre necessidades das crianças LGBTI+ e de género diverso e as lacunas ao nível da abordagem sensível à diversidade sexual e de género nas instituições e nas práticas profissionais. As áreas da educação, da saúde e da intervenção familiar foram os contextos privilegiados em análise. Tratando-se de uma investigação-ação, foi possível identificar

elementos que ajudam a problematizar e a oferecer propostas que privilegiam ambientes seguros e saudáveis visando a plena participação de todas as crianças, inclusive as crianças LGBTI+ e de género diverso. Os resultados dão conta dos esforços na incorporação de uma perspetiva sensível à diversidade sexual e de género nas práticas profissionais por parte dos/as profissionais, mas revelam um carácter individual, pontual e espontâneo das mesmas. Por outro lado, destaca-se a importância de desenvolver um adequado acompanhamento que passe por uma intervenção ao nível das políticas implementadas nas instituições e que deverá apostar numa intervenção individual focada nas crenças e atitudes face à diversidade sexual e de género. Responder a estes dois desafios poderá conduzir ao cumprimento da autodeterminação de género, tal como expresso pelo Estado português desde 2018. Conclui-se com recomendações para uma abordagem sensível à diversidade sexual e de género.

## **Introdução**

Embora a infância e a adolescência sejam momentos especialmente desafiantes para todas as crianças e jovens, no caso das crianças LGBTI+ e de género diverso acrescem desafios particulares (Higgins et al., 2015).

Os últimos anos têm sido caracterizados por um interesse crescente pelas experiências LGBTI+ na infância, surgindo trabalhos empíricos a partir de diferentes disciplinas que têm contribuído para aprofundar o conhecimento sobre as experiências, necessidades e direitos das crianças (Clark et al., 2014; Dunne & Turraoin, 2015; Kosciw et al., 2014). Este maior conhecimento sobre as realidades na infância LGBTI+ e de género diverso tem-se manifestado também no contexto português (Saleiro, 2013; 2017; Hilário, 2020; Pereira, 2020; Esteves et al., 2021).

Este capítulo decorre de um projeto de pesquisa empírica que incluiu diferentes países europeus e cuja principal preocupação foi a de mapear a perceção sobre as necessidades específicas das crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso em áreas essenciais como a educação, a saúde ou a intervenção familiar. A partir de resultados relativos ao contexto português, este capítulo apresentará contributos para uma discussão em torno da aplicação das políticas de *mainstream* LGBTI+ adotadas em Portugal, isto é, em particular, como se traduz o compromisso legal e jurídico no acompanhamento efetivo de crianças LGBTI+ e de género diverso em áreas como a educação, saúde e intervenção

familiar. Compreender esse aspeto permitirá aperfeiçoar a implementação da esfera legal em matéria de autodeterminação de género em diferentes contextos sociais que permitam a plena participação de todas as crianças.

O capítulo encontra-se dividido em 4 partes. Na primeira parte, apresentaremos conceitos essenciais para compreender a diversidade sexual e de género na infância bem como o fenómeno da violência LGBTI+ aplicada a esta faixa etária. Depois, passaremos a apresentar de forma sucinta os avanços ao nível das políticas públicas LGBTI+ em Portugal dos últimos anos, que julgamos relevantes para pensar as infâncias LGBTI+ e de género diverso e em consonância com compromissos internacionais em matéria de igualdade e não discriminação. Apresentaremos ainda estatísticas que informam o panorama português em matéria de diversidade sexual e de género na infância. Na terceira parte, iremos apresentar o projeto de investigação europeu “Diversity and Childhood – *Transformando atitudes sociais face à diversidade de género na infância na Europa*”. Tendo sido implementado em 9 países europeus entre 2019 e 2021, em Portugal, envolveu a participação do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Apresentaremos alguns resultados que emergem das perceções e discursos de crianças e profissionais que lidam com a infância em diferentes âmbitos e concluiremos apontando direções futuras, visando a implementação de uma estratégia de *mainstream* de género que possibilite um acompanhamento adequado, com efeitos positivos face à proteção de crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso.

### **Diversidade Sexual E De Género Na Infância – Conceitos Fundamentais**

Ao longo da História regista-se globalmente uma mudança notável em termos de atitudes em relação às crianças<sup>3</sup>, com um maior reconhecimento da sua capacidade de contribuir para a sociedade. É inegável a existência de uma maior aceitação do direito fundamental das crianças e de as mesmas serem ouvidas bem como de expressarem abertamente as suas opiniões sobre questões que lhes dizem respeito (Coyne, 2015; Nações Unidas, 1989). Ainda assim, apesar das mudanças a que assistimos nos últimos anos, a forma como as suas opiniões são ouvidas continua a não ser clara (Russell & Fitch, 2016; Qvortrup et al., 2011; Gillett-Swan & Sargeant, 2018). Isso ainda se torna

---

<sup>3</sup> De acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, crianças são pessoas com menos de 18 anos de idade.

mais evidente quando falamos de crianças que desafiam os princípios normativos que regulam a vida em sociedade (Schweiger, 2019).

A infância é uma fase da vida marcada pela dependência e subalternidade. A natureza inacabada da criança, atravessando um período de desenvolvimento que é, não apenas físico, mas igualmente cognitivo e social, implica que existam um conjunto de instituições sociais como a família ou a escola a quem é atribuída uma função socializadora. A socialização dos/as mais novos/as é, por isso, um processo através do qual a sociedade impõe um determinado padrão de desenvolvimento, de acordo com um modelo normativo consensualizado. A criança constitui-se então como um corpo em processo de “se tornar”, passando do nascimento ao amadurecimento, da infância à vida adulta. Sendo a infância o espaço temporal em que a trajetória especificamente de desenvolvimento é iniciada, reflete-se numa entidade inacabada quer ao nível corporal quer ao nível social, cujo resultado final será a conclusão como adulto (Farley, 2018; Hultqvist & Dahlberg, 2001). E é, desde cedo, que o género e o sexo desempenham um papel central nesse processo já que este lhe será fixado ou atribuído no momento do nascimento ou até antes dele. As crianças são lidas a partir dos genitais que apresenta (bem como dos cromossomas e hormonas) e vai ser percebida como menino ou menina ao longo do seu processo de desenvolvimento. Este processo vai atuar através de um sistema que irá “disciplinar” de tal forma que, criará um desenvolvimento que seguirá ou a “via normal” ou a “via patológica” (Foucault, 1978). Segundo Platero a patologização das identidades trans\*<sup>4</sup> reflete-se também na infância, e irá caracterizar a forma de olhar e acompanhar a infância LGBTI+ e de género diverso (2014, p. 48). Uma vez que a escolha de um caminho normativo de género na infância não está garantido, a infância tornar-se-á assim um lugar de um tremendo investimento cultural relativamente a todos os processos de desenvolvimento, incluindo o de género e sexualidade (Gagne & Tewksbury, 1998; Ramsey 2004; Castañeda, 2014). É comum o aparecimento do pânico moral quando os valores normativos, especialmente os heteronormativos e cis-normativos são transgredidos (Friedman et al., 2011). Desta forma, os comportamentos das crianças

---

<sup>4</sup> Os usos diversos da terminologia no espectro trans\* refletem a ampla diversidade de identidades, experiências incorporadas e expressões de género que habitam o próprio conceito. O recurso ao asterisco visa refletir justamente a diversidade da comunidade trans\*, permitindo antecipar experiências por nomear, sem ceder à pretensão de imaginar que tudo quanto pode existir já é. Há um porvir contido na designação trans\* (Halberstam 2018; Hines et al. 2018).

no quotidiano são altamente regulados e policiados tanto por adultos como por outras crianças (Butler, 2021, Graff, A. & Korolczuk, 2022).

Castañeda (2014) apresenta a infância como “contra-público” com um potencial *queer* (Fraser, 1992) já que, ao situar-se num dado tempo e espaço, desafia as “performances de género” enquanto lógicas hegemónicas de desenvolvimento, maturidade, idade adulta e responsabilidade, abrindo a possibilidade de criação de eventuais formas mais flexíveis e fluídas de ser-se criança bem como no geral, de ser-se sujeito sexual e de género (p. 42). Daí que o lugar e espaço da infância possa ser visto como um período crítico para a autora, porque é permeável à influência e imposição de uma visão de cidadania, que se vai constituindo com base em práticas discursivas que valorizam a moralidade branca, heterossexual e cisnormativa. Por outro lado, o argumento da “inocência” associado à experiência na infância torna-se essencial para alimentar esse processo de “adotrinamento” e a construção de sujeitos infantis e adultos, a manutenção dos limites e fronteiras na delimitação entre a figura da criança e do adulto que sustentam as relações de poder (Petr, 1992; Farley, 2018). Não obstante é preciso ter em conta que as crianças que desafiam as normas de género enfrentam novos horizontes que mal poderiam ser imaginados à pouco mais de uma década e que atuam tanto ao nível dos seus corpos<sup>5</sup> como ao nível dos discursos<sup>6</sup> (Owen, 2014). Estamos a falar de crianças que rompem com as expetativas, papéis sociais de género e daquilo que se nomeia como sendo de menina ou menino e que atravessa tanto as suas vidas como os seus documentos oficiais.

O termo “diversidade de género” posiciona as identidades de género e expressões de género minoritárias como parte do leque de possibilidades de ser e parecer em termos de género, contribuindo para que as fronteiras e os limites entre o cisgénero e o transgénero sejam mais diluídas (Saleiro, 2017). Este termo parece ainda mais útil quando falamos de crianças e jovens, porque evita atribuir categorias identitárias de género (como transsexual), abrindo espaço para a autodeterminação de género (Platero, 2014). O conceito de “crianças trans\*” é utilizado como um termo “guarda-chuva” para quem não “encaixa” na categorização binária de género prevalecente e em que a identidade ou expressão de género difere do sexo atribuído à nascença (Gridley et al., 2016). O

---

<sup>5</sup> Por exemplo, nalguns países existe a possibilidade de supressão da puberdade através de bloqueadores hormonais

<sup>6</sup> Por exemplo, o crescimento do discurso afirmativo da diversidade sexual e de género.

surgimento desta terminologia vem acompanhado de uma mudança de paradigma. Concorrente do discurso médico tradicional assente na patologia, assume um sentido positivo e afirmativo: “crianças independentes em termos de género (Pyne, 2014); crianças “variantes em termos de género” (Rahilly, 2015), “crianças não conformes em termos de género (Platero, 2014). Esta nova abordagem propõe que o foco da intervenção com crianças passe do problema e da dimensão individual da criança para o trabalho que é necessário desenvolver para a sua aceitação na comunidade (Pyne 2014).

A violência simbólica a que as crianças e pessoas adultas LGBTI+ e de género diverso estão expostas resulta das expectativas de género (Diversity and Childhood, 2020), atuando em diferentes níveis, desde as normas sociais, às políticas públicas, às relações interpessoais e ao nível individual. Além disso, a violência a que estão expostas também tem uma expressão material regular na vida das pessoas para quem o género binário esteja longe de ser o “normal” ou “natural”. Estas são alvo de discriminação por desafiarem e desestabilizarem as normas de género (e estruturas de poder) das sociedades ou das comunidades em que vivem. (Santos et al, 2020).

A violência contra pessoas LGBTI+ pode incluir maus-tratos físicos, sexuais e emocionais (Corliss et al., 2002; Gato, & Fontaine, 2012; Brown & Herman, 2015) como revela a literatura e incidir toda a vida e sob diversas formas e circunstâncias (Kosciw et al., 2010; Friedman et al., 2011). Além disso pode ser perpetrada pelos pais, parceiros íntimos, pares e desconhecidos (Corlisset al., 2002; Friedman et al., 2011; Brown & Herman, 2015; Galupo & Resnick, 2016).

No que diz respeito às experiências trans\* é ainda evidente a existência de múltiplos desafios de ordem psicossocial, como a falta de compreensão e aceitação (Agius et al., 2011; Grant, et al., 2011; Platero, 2014; Suess, 2017). As pessoas trans\*, crianças ou pessoas adultas, são pessoas cuja forma de estar no mundo provoca nos seus contextos sociais imediatos uma certa preocupação sobre como deverão atuar, já que ultrapassam a rigidez das expectativas sociais assentes numa raiz cis-heteronormativa (Riley, 2011; Platero, 2014). Os estudos têm confirmado que “em muitos lugares do mundo ter uma identidade trans\* torna esta pessoa mais exposta a sofrer de diferentes tipos de violência e inclusive a morte” (Whittle, 2006; p. xi). A homofobia ou transfobia, concebidas como tipos de violência de género por razão de orientação sexual, identidade de género, expressão de género e características sexuais (SOGIESC), contribuem para um impacto

cumulativo que é prejudicial e leva ao isolamento e diminuição do bem-estar (Bockting et al., 2013; Galupo & Resnick, 2016; Perez-Brumer et al., 2017). As estatísticas revelam que jovens trans\* estão sobre-representados entre as pessoas sem-abrigo e no que respeita aos consumos de substâncias lícitas e ilícitas (Yu, 2010) o que nos sugere que a exposição à desproteção nos contextos familiares (Needham e Austin, 2010; McConnel et. al., 2016) é elevada.

Decorre desta violência, uma experiência negativa em termos de saúde mental, e é por isso, que os jovens LGBTQ são mais suscetíveis de relatar depressão, ansiedade, e outras formas de sofrimento emocional (Greytak et. al, 2016). Além disso,

Alem disso, vários estudos de facto, tem apontando para elevados índices de depressão, ansiedade, intenção suicida em jovens trans\*, quando comparados com os jovens cisgénero (Katz-Wise et al., 2017; Millet et al., 2017). Contudo ter disponíveis ambientes e cuidados que afirmem a diversidade sexual e de género pode melhorar os resultados em termos de saúde mental (Travers et al., 2012; de Vries et al., 2014; Durwood, et al, 2017).

No que respeita ao apoio psicossocial existente, os jovens trans\* parecem ter dificuldade em aceder e utilizar serviços de saúde mental e outros apoios, o que pode levar a um maior isolamento e marginalização (Gridley et al., 2016; Olson et al., 2015). Ao mesmo tempo, existe uma clara falta de apoios disponíveis para as famílias e outros apoios significativos (Benson, 2013; Dierckx, et al., 2015; Vance, et al., 2015). Um estudo que incidiu sobre as experiências de jovens trans\* junto de profissionais prestadores de cuidados de saúde salienta que menos de metade dos/as participantes se sentiam confiantes quanto à prestação de cuidados realizada. Já no contexto educativo, a falta de formação em questões especificamente trans foi identificada como uma importante barreira na prestação de cuidados eficazes (Neary et al, 2018).

A nível mundial, estima-se que 1,4 mil milhões de crianças com menos de 17 anos de idade experimentam anualmente violência em várias esferas das suas vidas (Hills et al., 2016). Desde 2016 as Nações Unidas definem a homofobia e a transfobia como o medo, desconforto, intolerância ou ódio às pessoas que se identificam como homossexuais, transgéneros e pessoas que se consideram transgredir as normas de género (Unesco, 2016). Além dos potenciais efeitos trágicos, a violência contra crianças e jovens carrega um enorme fardo emocional, social e económico para a sociedade (Unicef, 2014;

Conselho dos Direitos Humanos das Nações Unidas, 2015; Unesco, 2016). Por conseguinte, constitui uma grave questão de saúde pública e uma violação crítica dos direitos humanos, tal como estabelecido na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Unicef, 2014; Unesco, 2016).

### **Políticas Públicas Sensíveis À Diversidade Sexual e de Género na Infância**

Portugal tem sido apontado internacionalmente nas últimas décadas como sendo um país vanguardista em matéria de igualdade e direitos da população LGBTI+. Em matéria de infância e juventude também o Estado português tem dado mostras desses avanços com vista à promoção do princípio da igualdade e não discriminação ao longo do tempo e que, naturalmente, tem efeitos ao nível da infância LGBTI+ e de género diverso (Rainbow Europe, 2019; FRA, 2013; 2020).

No que respeita à autodeterminação de género, em 2018 assistimos a transformações substantivas em Portugal (Hines & Santos, 2018; Saleiro, 2017) com a publicação da Lei da autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa<sup>7</sup>. Tratando-se de uma revisão da Lei da Identidade de Género de 2011<sup>8</sup>, tem em vista a despatologização de pessoas trans ao banir a necessidade de um relatório médico para pessoas maiores de 18 anos e adolescentes maiores de 16 anos no que respeita à alteração do nome e sexo nos seus documentos legais. Esta lei proíbe também as cirurgias não consentidas e que não representem um risco para a saúde de bebés intersexo. Assim, Portugal converte-se num dos poucos países coerentes com as recomendações feitas pelas Nações Unidas relativamente à proteção das características sexuais de bebés e crianças intersexo (OCDE, 2019).

Estes avanços legais, estabelecem ainda que as escolas deverão desenvolver esforços, alinhados com o marco legal vigente, nomeadamente a utilização do nome social escolhido pela criança ou jovem trans, tornando assim os espaços educativos mais seguros para todas as crianças. Em 2019 é publicado o despacho n.º 7247/2019, um outro sinal que vincula o compromisso do governo português com o combate à desigualdade

---

<sup>7</sup> 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. Mais informações aqui: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/38-2018-115933863>

por razões de orientação sexual, identidades e expressão de género e características sexuais nas escolas. Este despacho estabelece a criação de medidas para a implementação da lei 38/2018, cumprindo a garantia do respeito pelo nome social e o direito a usar quer o uniforme, quer a casa de banho, de acordo com a identidade de género da pessoa estudante. Por outro lado, a publicação deste despacho evidencia a conceção clara, por parte do Estado, de que a diversidade de género não é estática e que se manifesta ao longo da trajetória de vida. Por isso, reconhece o Estado português a expressão de género na infância e considera essencial o respeito pela autodeterminação das crianças e jovens trans e não binárias, intersexo (Santos et al., 2020).

No mesmo sentido, outros instrumentos têm sido desenvolvidos. Foi criado em 2018 um plano de ação de combate à discriminação com razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais por meio da Estratégia Nacional para a Igualdade e não Discriminação (ENIND)<sup>9</sup>- Portugal + Igual (2018-2030). No final de 2021, é lançada a Estratégia Nacional dos Direitos da Criança<sup>10</sup> (2021-2024), um compromisso do Estado em garantir bem-estar, proteção e igualdade de oportunidades e acesso a direitos fundamentais para todas as crianças e jovens, inclusive as crianças LGBTI+. Uma das prioridades do plano bianual passa por “Prevenir e Combater a Violência Contra Crianças e Jovens”<sup>11</sup>. É a primeira vez que documentos centrados na infância distinguem a necessidade de atender às especificidades de crianças LGBTI+ e de género diverso.

No campo da saúde também são notórios os avanços em matéria de reconhecimento da diversidade sexual e de género procurando colocar o bem-estar das crianças e jovens no centro dos processos, apesar do enviesamento cis-heteronormativo que historicamente informa os contextos de prestação de cuidados de saúde (Marques et al., 2010; Costa, 2021). Foi por isso lançada a Estratégia de Saúde para as pessoas LGBTI, documento esse elaborado pela Direção-Geral da Saúde, num trabalho colaborativo com a Administração Central do Sistema de Saúde, a Unidade de Reconstrução Génito-Urinária e Sexual do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, e sete organizações

---

<sup>9</sup> ENIND disponível aqui: <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/61-2018-115360036>

<sup>10</sup> Aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020, de 18 de dezembro

<sup>11</sup> Prevenir e Combater a Violência Contra Crianças e Jovens, visa a implementação de objetivos estratégicos no âmbito da prevenção e combate a todas as formas de violência, nos diversos contextos, nomeadamente na escola, em casa, nas diferentes comunidades que a criança e jovem frequentam e no mundo digital.

da sociedade civil que representam e apoiam pessoas LGBTI. Este documento pretende criar orientações com metas e prioridades específicas, que garantam os cuidados de saúde mais adequados às pessoas trans e intersexo, em qualquer momento da sua interação com o sistema de saúde.

Apesar dos inquestionáveis avanços no contexto português, os estudos mostram de forma consistente que a violência é ainda uma realidade que acompanha as experiências das crianças LGBTI+ e de género diverso nos diferentes contextos onde se inscrevem (Santos, 2020). A escola continua a ser palco de produção e reprodução de exclusões baseadas no género, desvalorizando o que a lei preconiza desde 2018 (Santos, 2017). Em 2018 - associação de jovens lésbicas, gays, bissexuais, trans, intersexo e apoiantes - rede ex-aequo, publica os resultados de um estudo que indica que ¼ das pessoas jovens inquiridas nunca tinha falado de diversidade sexual e de género na escola e mais de ½ dos/as docentes tinha assistido a situações de bullying e violência por razão de orientação sexual, identidade de género, expressão de género e características sexuais. Outros estudos nacionais sobre juventude LGBTI+ nas escolas portuguesas revelam que muitos estudantes LGBTI+ experimentam abuso verbal ou outras formas de violência, estando mais expostos nomeadamente ao cyberbullying quando comparados com jovens não LGB (ILGA, 2019). Os resultados de um estudo recente sobre cyberbullying nas escolas portuguesas revela que estudantes LGB+ apresentaram níveis médios de vitimização e observação de cyberbullying mais elevados, quando comparados com os estudantes heterossexuais. O mesmo estudo apontou para a ideia de que as vítimas de cyberbullying apresentavam menores níveis médios de suporte social e suporte parental quando comparados com estudantes não vítimas (António et al., 2020).

Em 2019 um estudo realizado pela Agência Fundamental dos Direitos humanos revela que as situações de violência contra pessoas LGBTI+ ocorrem sobretudo no espaço público, na escola ou universidade e no local de trabalho. Mais de metade das pessoas LGBTI+ inquiridas a nível europeu afirma ter sido ridicularizada, insultada ou ameaçada em função da orientação sexual, da identidade e expressão de género e características sexuais. O mesmo estudo revela para o contexto português, que as pessoas participantes não denunciam as situações de violência motivadas por crime de ódio, nem às forças de autoridade policial, nem a nenhuma organização ou porque desvalorizam o incidente ou porque acreditam que não haverá consequências ou apuração dos factos ou ainda porque

poderão solucionar o assunto de forma individual. A vergonha ou constrangimento são também razões apontadas.

Uma abordagem orientada à despatologização trans seguida por alguns Estados, como é o caso de Portugal, acaba por guiar as práticas afirmativas que apoiam crianças e jovens, em consonância com estudos desenvolvidos noutros contextos (HRC 1996; Bryant 2006; Ehrensaft 2012; Pyne 2014). Contudo, os dados são reveladores do desfasamento entre os diferentes níveis de atuação (jurídico, social e individual ou psicológico), mostrando a insuficiência de uma abordagem exclusivamente legal e jurídica.

### **Projeto Diversity and Childhood: *Changing social attitudes towards gender diversity in children across Europe***

O projeto Diversity and Childhood: *Changing social attitudes towards gender diversity in children across Europe* (DAC), implementado entre 2019 e 2021, envolveu instituições universitárias de 3 países europeus - Portugal, Espanha e Lituânia - e diferentes organizações da sociedade civil organizada, comprometidas com a proteção e acompanhamento das crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso sediadas na Hungria, Polónia, Grécia, Bélgica e Croácia. Tendo sido implementado em nove países, em cada um deles foram estabelecidas parcerias institucionais tanto com organismos públicos como com associações LGBTI+ do território. Em Portugal, o projeto sediou-se no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra e contou com o apoio da associação de jovens LGBTI e apoiantes – Rede Ex-Aequo, da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) e do Ministério da Educação.

O DAC tinha por objetivo, por um lado, contribuir para o combate da violência baseada no género que afeta crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso e, por outro lado, desenvolver ferramentas úteis para apoiar o trabalho de profissionais que acompanham crianças, tornando as intervenções junto da infância mais ajustadas.

Partindo da premissa de que o contexto português apresenta um reconhecido enquadramento jurídico em matéria de direitos LGBTI+, e em particular após a entrada em vigor em 2018 da Lei da Autodeterminação de Género e em 2019 da publicação do despacho nº 7247/2019, interessou-nos captar as perceções e discursos em torno da

aplicação do marco legislativo, das práticas profissionais desenvolvidas, bem como da implementação de políticas LGBTI+ nas instituições das áreas da educação, da saúde e da intervenção familiar. Deste modo quisemos contribuir para aprofundar o conhecimento em torno das necessidades de crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso que apoiassem a reflexão sobre o modo como a estratégia de *mainstream* LGBTI+ está a ser implementada. O trabalho de campo em Portugal decorreu entre outubro de 2020 e março de 2021, coincidindo quase na totalidade com o período prévio ao confinamento provocado pela pandemia COVID-19.

#### **a) Método e estratégia metodológica:**

Por tratar-se de um projeto de investigação-ação (Chevalier e Bucles, 2013) o seu benefício recaía na compreensão e melhoria da prática (Latorre, 2003). Foi seguida uma abordagem metodológica mista que recorreu à triangulação metodológica (Flick, 2005) e, como tal, envolveu a utilização de diferentes métodos de recolha, de análise e interpretação da informação para preencher a lacuna que decorre da utilização dos métodos únicos (Maxwell 1996). A partir das perceções individuais de crianças e profissionais foi feito um mapeamento de necessidades específicas que as crianças LGBTI+ apresentam no seu quotidiano e de respostas que estão a ser implementadas ao nível da promoção da igualdade e não discriminação. Durante a fase de recolha de informação recorreremos, à utilização de três fontes de obtenção de informação. Por considerarmos essencial partir da perspectiva das crianças para explorar os discursos sobre a escola enquanto espaço sensível à diversidade sexual e de género, a recolha de informação junto delas junto de crianças foi a primeira etapa da fase de recolha. Realizámos uma oficina com crianças, inserida no âmbito da disciplina de Cidadania e Desenvolvimento de uma escola na zona centro do país que contou com 14 crianças de 11-12 anos. Em segundo lugar, aplicamos um inquérito por questionário em formato online dirigido a profissionais das áreas da educação, saúde e intervenção familiar. Este instrumento foi construído para o efeito e acordado que seria preenchido de forma anónima e aberta (os participantes escolhiam de forma livre as questões que desejavam ver respondidas). Recorremos ao software *LimeSurvey* e obtivemos um total de 66 inquéritos completos. Em terceiro lugar, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas a informantes-chave, pessoas adultas que considerávamos serem fontes

de informação relevantes nas áreas da educação, saúde e intervenção familiar e diversidade sexual e de género na infância. Realizámos um total de seis entrevistas com a duração aproximada de 90 minutos cada, tendo sido gravadas e transcritas na íntegra. Foram assegurados todos os aspetos para uma prática ética de investigação. Para este capítulo focar-nos-emos na informação recolhida junto de crianças e profissionais das 3 áreas que trabalhavam de forma mais ou menos direta com crianças.

A informação obtida a partir da oficina com crianças e entrevistas a profissionais foi analisada com recurso à análise temática (Braun & Clarke, 2006) por considerar o método adequado para o reconhecimento e organização de padrões de conteúdo e significado (Willig, 2013) em relação às perspetivas individuais sobre diversidade sexual e de género e às práticas profissionais informadas pelo marco legislativo atual em matéria de autodeterminação de género. A utilização do software *Limesurvey* permitiu uma análise descritiva dos dados obtidos através do inquérito por questionário online.

## **b) Apresentação de resultados<sup>12</sup>:**

### **Necessidades específicas de crianças LGBTI+ e de género diverso**

Começamos esta análise pela área da educação. Os resultados obtidos através da realização da oficina com crianças permitem dar conta de que as crianças participantes refletiram sobre o espaço educativo e expressaram a necessidade de melhorar aspetos no espaço da escola, nomeadamente ao nível de esforços com vista à adoção de uma linguagem inclusiva ou não sexista e que evite o universal masculino. Foram sugeridas propostas mais sensíveis à diversidade sexual e de género, como por exemplo, os termos como “aluas” ou “alunoas”, em substituição de “alunos”. Foi também salientada a importância da criação de espaços seguros onde as crianças possam partilhar emoções e opiniões livremente e onde se estimule a agência e a autodeterminação.

Quanto às perceções de profissionais entrevistados/as e inquiridos/as são descritos um conjunto de necessidades específicas que crianças e jovens LGBTI+ poderão enfrentar no quotidiano relacionadas com o acompanhamento adequado. A importância das crianças se sentirem seguras nas escolas, de serem ouvidas, de serem encorajadas a desenvolver pensamento crítico e o pensamento “fora da caixa” são alguns exemplos

---

<sup>12</sup> Esta seção baseia-se parcialmente no artigo Esteves, Santos & Santos (2021).

salientados pelos/as profissionais. Por outro lado, terem acesso a imagens que evitem estereótipos, acesso a mais profissionais da Psicologia (e com melhor preparação) no espaço da escola é também considerado. Foi notada a importância de dotar docentes e não docentes de formação específica já que o seu papel é determinante para acabar com qualquer abuso e intimidação. Existe, ainda, acordo relativamente à necessidade de superar o isolamento e a invisibilidade a que crianças e jovens LGBTI+ estão sujeitos/as e a necessidade de as crianças terem adultos aliados/as e modelos de referência na escola para as apoiar. Finalmente que a diversidade sexual e de género seja integrada nos currículos escolares em todas as disciplinas.

Relativamente ao campo da saúde, as entrevistas e inquéritos a profissionais identificam algumas necessidades. Por exemplo, a necessidade de adotar procedimentos médicos que garantam o respeito pela confidencialidade da informação obtida junto das crianças. Um elemento surpreendente que foi identificado trata-se do facto das salas de espera serem identificadas como sendo espaços onde, com regularidade, é quebrado o respeito pela autodeterminação da criança. Destacamos ainda a importância que profissionais atribuem ao respeito pela criança, em que chamá-la pelo seu apelido ou atribuir um número é entendido como uma forma de evitar a exposição a episódios de violência junto de crianças LGBTI+ e de género diverso e as suas famílias.

Nesse sentido é amplamente reforçada a ideia de que os espaços como as clínicas ou os hospitais deverão ser espaços seguros para estas crianças e por isso, atentos às suas necessidades. Assim, alguns profissionais indicam ser essencial garantir abordagens sensíveis à diversidade de género e, por isso, despatologizadoras das questões trans. Alguns exemplos de boas práticas passam por uma maior facilidade no acesso aos bloqueadores da puberdade bem como outros tratamentos hormonais, a existência de equipas multidisciplinares que forneçam um apoio integrado a crianças e suas famílias. Acresce a importância da criança LGBTI+ e de género diverso estar rodeada de profissionais (médicos, enfermeiros, pessoal administrativo) bem informados nos espaços onde as crianças circulam como os centros de saúde, as clínicas e os hospitais. A citação que se segue reflete a importância de criar espaços de prestação de cuidados de saúde que garantam proteção para crianças LGBTI+ e de género diverso:

“ainda existe muita invisibilidade e quando não há invisibilidade por vezes há discriminação ativa por parte de profissionais de saúde. [...] Mesmo que não haja uma discriminação ativa a verdade é que as respostas também são limitadas e o trabalho nem sempre é integrado e em rede e os profissionais de saúde nem todos têm formação específica para lidar com questões ligadas ao género, ligas à orientação sexual [...] Não recebi de todo formação curricular, no currículo normal e terminei o curso há apenas 4 anos, portanto é recente mesmo assim não estava contemplado curricularmente.”  
(Pedopsiquiatra, Hospital).

Quanto às intervenções de profissionais na área da família, os resultados reforçam a importância dos/as profissionais garantirem o direito das crianças a brincarem e a se expressarem como quiserem, de serem escutadas e serem levadas a sério e a importância de abordar a diversidade de género precocemente. Existe ainda a perceção na generalidade dos/as profissionais de que um trabalho assente numa abordagem sensível à DSG deverá ser proactivo e em estreita relação com as famílias. Além disso, promover um devido apoio psicoemocional junto destas crianças segundo os profissionais, permitirá a aquisição de competências pessoais que ajudarão a enfrentar as múltiplas discriminações a que diariamente estão expostas as crianças LGBTI+ e de género diverso.

“acho que é preciso mais formação, mais informação e mais divulgação porque acho que ainda há muitos profissionais a trabalhar com crianças, psicólogos os médicos ou o que for que têm muito estas questões de género ainda enraizadas do Estado Novo: quase alguns será por crença própria e por muito que as informações lhes cheguem aos olhos vão sempre fechar os olhos e virar a cara. Outros porque se calhar não estão muito despertos para isto. Eu falo isto porque de facto eu em 2009 não tinha a mínima noção e hoje em dia nós revirámos completamente as nossas formações com base nesta informação que temos”  
(Psicóloga Social; Associação de apoio às famílias).

## **Práticas profissionais sensíveis ao género e ao papel das instituições na proteção da infância LGBTI+**

No que concerne à área da educação, as pessoas profissionais entrevistadas identificam como boas práticas as que promovem a exploração de possibilidades tanto ao nível emocional como cognitivo junto das crianças. Outros exemplos passam pela adoção de uma linguagem inclusiva, a implementação de uma equipa antidiscriminação nas escolas, a criação de grupos a nível escolar no âmbito da Educação para a Cidadania ou Educação para a Saúde e em matéria de curriculum sugere-se uma profunda revisão dos conteúdos ao nível da linguagem, das imagens utilizadas e inclusive da formulação de enunciados de exercícios. Do ponto de vista das infraestruturas da escola, a criação de WC neutros em termos de género, é considerada uma prática sensível à diversidade sexual e de género.

Os resultados obtidos através do inquérito permitem identificar que a maioria de profissionais está disponível para adotar medidas anti-LGBTI+ ou afirmativas da DSG. Alguns exemplos disso são referidos como: o fazer respeitar e utilizar o nome social das crianças, sensibilização para questões LGBTI+, procura de representação LGBTI+ nas várias atividades desenvolvidas, desenvolver mecanismos de resposta face às situações de violência LGBTIfóbica, e incluir diversidade nas equipas de profissionais das instituições. Boas práticas dentro das instituições ou organizações incluem, ainda, encaminhamento para serviços especializados de casos identificados e, se necessário, apoio psicológico.

No campo da saúde são destacadas práticas como a introdução do tema do género e da diversidade sexual e de género em programas de formação para profissionais, a utilização do apelido do paciente ou um número na sala de espera, a emissão de declarações médicas oficiais para que a escola se dirija à criança-paciente pelo seu nome social e a difusão de séries televisivas/filmes que normalizem a diversidade sexual e de género. O inquérito revela ainda que o local de trabalho destes profissionais é geralmente recetivo a intervenções específicas com crianças LGBTI+, com cerca de 81% dos inquiridos/as a reconhecer que atualmente são insuficientes e reconhecendo que é possível melhorar o apoio prestado às crianças e jovens LGBTI+. Práticas como a criação de espaços de discussão coletiva com as equipas técnicas e a existência de estruturas como

a Psicologia Pediátrica, Endocrinologia Pediátrica e URGUS são exemplos de medidas adotadas por instituições que demonstram receptividade a intervenções especializadas e que poderão ser replicadas. Apesar das insuficiências existentes, apresentam exemplos de boas práticas a adotar a criação de documentos e guias nas instituições, apoio psicológico, jurídico, psicossocial e formação especializada.

Outro aspeto a salientar é que alguns profissionais reconhecem que em termos individuais fazem um esforço para adotar o nome social da criança, mesmo quando não existe um procedimento contínuo de mudança de nome nos seus locais de trabalho, o que revela sinais positivos em matéria de autodeterminação de género. No entanto, metade dos profissionais de saúde consideram que a sua instituição não oferece serviços especializados às crianças LGBTI+, pelo que parece que não há ainda acordo sobre o muito que ainda precisa de ser feito para ir ao encontro do marco legal e jurídico atual em matéria de autodeterminação de género.

Na área da intervenção junto das famílias, os dados do inquérito indicam que 83.4% dos profissionais que intervêm com as famílias não prestam ajuda e apoio específico às crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso. A falta de receptividade por parte das instituições relativamente a intervenções específicas com crianças LGBTI+ foi um elemento saliente nesta área. Contudo os profissionais apresentam uma visão otimista, ao considerarem ser possível transformar as práticas e os locais de trabalho, assumindo assim ambientes mais sensíveis à diversidade sexual e de género. Segundo profissionais desta área, as boas práticas incluem desde logo, a aceitação de crianças, independentemente das suas características e contextos, ouvir, apoiar e encaminhar a criança/jovem para serviços/profissionais qualificados/as; promover discussões sobre os temas LGBTI+ nos locais de trabalho, organizar eventos públicos sobre o tema da infância LGBTI+ e de género diverso nas instituições e tornar disponível materiais diversos (livros infantis, por exemplo). Outros exemplos de boas práticas passam por melhorar a comunicação com os serviços existentes e estabelecer protocolos específicos adequados. À semelhança das restantes áreas, também aqui as pessoas entrevistadas consideram que as casas de banho deverão ser neutras para serem inclusivas (ex: incluindo casas de banho familiares, onde os homens podem mudar fraldas) e maior investimento na criação de gabinetes de apoio à criança e psicólogos nas escolas.

### **c) Análise e Discussão dos Resultados**

Os resultados obtidos permitem pensar em dois elementos essenciais para objeto de reflexão:

#### ***Abordagem sensível à diversidade sexual e de género***

Os resultados permitem identificar que se encontra ainda ausente uma abordagem transversal nas instituições que prestam acompanhamento a crianças e jovens que possibilitem atender de forma adequada às necessidades de crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso. Apesar de algumas instituições e locais de trabalho adotarem iniciativas ou práticas para responder às necessidades, elas são pontuais e desprovidas de um protocolo de atuação, acordado ao nível dos órgãos diretivos. Devido à ausência de diretrizes ou de protocolos de atuação, caberá a cada profissional procurar implementar medidas que vão ao encontro de uma abordagem sensível à DSG. A falta de recursos disponíveis nas instituições sugere que estes/as profissionais estão por conta própria quando se trata de procurar o apoio de que necessitam, e vários mencionaram que chegam a encomendar e pagar livros ou formação adicional para ter acesso a conhecimentos atualizados na área e assim desenvolver respostas profissionais adequadas.

Quanto pensamos na perspetiva sobre género adotada por profissionais, os dados revelam que para a esmagadora maioria dos/as profissionais inquiridos, o género é uma construção social e não uma categoria definida por critérios médicos, que parece estar alinhado com as diretrizes nacionais e internacionais em matéria de autodeterminação do género. Contudo, é de salientar que para 36% dos/as profissionais, o género é definido como um conjunto de características biológicas e quase 1/4 defende ainda uma visão binária do género, fazendo-a coincidir com as categorias masculina e feminina. Isto é especialmente problemático para as crianças de género diverso já que esta situação torna plausível a existência de obstáculos às crianças e jovens trans, intersexo e não-binários quando estes estão em contacto com profissionais e serviços.

A falta de confiança nos serviços de apoio à infância foi um dos aspetos apontados por profissionais das 3 áreas de atuação mencionadas. Torna-se, assim, inadiável um trabalho consistente com os diferentes intervenientes no processo para que se torne possível aproximar crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso dos serviços de acompanhamento na infância existentes.

### ***Lacuna formativa***

A falta de formação ao longo do percurso académico identificado através da auscultação de profissionais é um dado que merece a nossa reflexão. Mais de metade admite nunca ter recebido formação nesta área, nem durante o percurso académico, nem durante o percurso profissional, operando sem formação específica para desenvolver um trabalho adequado.

A informação recolhida permite identificar que muitas instituições que acompanham as crianças LGBTI+ não criaram ainda políticas LGBTI+ considerando que ainda existem locais de trabalho que prestam apoio à infância que não acolhem bem o tema da diversidade sexual e de género na infância.

Os nossos resultados realçam a necessidade de formação em diversidade sexual e de género destinada a profissionais das áreas da educação, da saúde e da intervenção familiar. De facto, entre os fatores que mais dificultam uma intervenção eficiente neste campo estão a falta de formação para trabalhar especificamente com LGBTI + crianças e jovens (81.2%), a falta de conhecimento sobre recursos e práticas afirmativas/LGBTI + (78.3%), a falta de conhecimento pelos/a técnicos/as acerca de serviços disponíveis (69.8%) e questões LGBTI + em geral (66.7%), e a ausência de serviços para crianças LGBTI+ (60.9%). Além disso, 40% das/os profissionais que responderam ao inquérito não tinham conhecimento sobre a existência de serviços ao nível local, regional ou nacional que se destinassem a crianças e jovens LGBTI + e de género diverso.

### **Considerações finais**

Após um longo período de preconceito e discriminação legal, desde 2015 que Portugal por meio do XXI Governo Constitucional de Portugal tem sido capaz de encetar diálogo de maior proximidade com a sociedade civil organizada. O relatório da OCDE destaca o país como o segundo país mais dinâmico em matéria de direitos da população LGBTI+ (2019). Graças ao apoio institucional e trabalho a que temos assistido, sobretudo nas áreas da educação, saúde e intervenção familiar, planos específicos e estratégias nacionais focadas na infância, que garantam justiça social e igualdade tem sido criados. O avanço mais recente nesta direção recai precisamente sobre a lei de autodeterminação de género que visa regulamentar a proteção das crianças e jovens expostas a violências baseadas na identidade, expressão de género e características sexuais. Porém a eficácia

destas medidas, dependerá de uma implementação no terreno que se faça de forma transversal e alargada ao território.

Para uma abordagem eficaz será necessário superar lógicas particulares centradas na pessoa e baseadas na “boa vontade” de profissionais comprometidos. Uma aposta deverá ser feita na mudança de paradigma, passando a garantir que os locais de trabalho e as instituições estão preparados para responder aos desafios trazidos pelas crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso. Este será um possível caminho para que se cumpram os aspetos determinados pela lei portuguesa da autodeterminação de género. Por outro lado, quando pensamos nas abordagens a adotar face à DSG na infância não nos devemos limitar a uma intervenção individualizada, que delega nas crianças a responsabilidade de sozinhas lidarem com a LGBTIfobia. Pelo contrário. Partir de uma visão comunitária que envolva diferentes profissionais, serviços e diferentes áreas intervenientes nesse processo de acompanhamento, corresponsabilizando-os, visto serem de suma importância na garantia do bem-estar na infância.

Por outro lado, não devemos ignorar que as crianças expressaram o desejo de serem escutadas e que as suas opiniões e emoções sejam consideradas. As pessoas adultas devem por isso ir ao encontro de abordagens de trabalho que as coloquem no centro das intervenções e que garantam bem-estar e a autodeterminação de todas as crianças, inclusive das crianças LGBTI+ e de género diverso. Para alcançar a efetivação do trabalho de reconhecimento da autodeterminação de género junto das pessoas adultas profissionais é preciso pois envolver os principais protagonistas. Só assim estaremos em condições para pensar num trabalho de avaliação e monitorização de práticas afirmativas existentes em matéria de infância LGBTI+ de maior proximidade, que vão ao encontro das suas necessidades e mais ajustadas às suas vivências.

A resposta à pergunta se estarão os serviços de acompanhamento na infância a garantir os princípios preconizados na lei em matéria de autodeterminação de género parece apresentar vários condicionalismos. Lutar contra LGBTI+fobia junto de profissionais que trabalham com crianças é urgente. Os resultados mostram que a sociedade portuguesa tem vindo a melhorar em relação a atitudes e comportamentos discriminatórios em razão da orientação sexual, identidades e expressão de género e características sexuais (FRA, 2013; 2019), contudo ainda há muito trabalho a desenvolver

na dimensão individual. Este trabalho como já foi dito deverá ser acompanhado de formação específica.

Assim, com base nos desafios que identificámos, desde 2020, como começa a ser evidente, a infância, e em especial as crianças e jovens LGBTI+, assumem um relevo maior agravado por contextos de maior vulnerabilidade durante a crise pandémica, como começa a ser evidente. Este recorte interseccional da violência sobre crianças LGBTI+, que tem em conta assimetrias de classe e outras em contexto de pandemia, está no centro da investigação que desenvolvemos no CES com o projeto “Infâncias Arco-íris: Capacitar crianças LGBTIQ em contextos vulneráveis para combater a violência de género na Europa”, financiado pela Comissão Europeia, e cujo o enfoque permite já assegurar um maior envolvimento de crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso enquanto fontes de saber incontornável em qualquer processo de tomada de decisão que vise o seu bem-estar. Desta forma colmataremos a limitação do estudo anterior no que respeita ao envolvimento da infância como fonte de produção de conhecimento.

Lançamos então o repto de pensar aprofundadamente em modos de garantir, no terreno, a execução cabal dos compromissos estabelecidos pelo governo, transpondo-os para o quotidiano a nível comunitário e para os âmbitos nos quais as crianças e jovens passam a maior parte do seu tempo. Há que pensar coletivamente em como dar continuidade ao trabalho que tem vindo a ser desenvolvido nas instituições, colocando as crianças e jovens (LGBTI+) no centro das intervenções específicas, assentes numa abordagem sensível à diversidade sexual e de género e que representem uma mudança de paradigma na forma de olhar a diversidade. É esse o repto que dá sentido a este capítulo.

## Referências

- Agius, S., Köhler, R., Aujean, S., Ehrt, J. (2011). *Human rights and gender identity*. Brussels, Belgium: ILGA-Europe.
- António, R., Guerra, R., & Moleiro, C. (2021). *Cyberbullying em Portugal durante a pandemia: 2º confinamento*. APPsyCI - Ispa & Centro de Investigação e de Intervenção Social (CIS, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa).
- Benson, K. E. (2013). Seeking Support: Transgender Client Experiences with Mental Health Services. *Journal of Feminist Family Therapy*, 25, 17-40. doi: [10.1080/08952833.2013.755081](https://doi.org/10.1080/08952833.2013.755081)

- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103, 943–951. doi:10.2105/AJPH.2013.301241
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887 <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>
- Brown, T. & Herman, J. (2015). *Intimate partner violence and sexual abuse among LGBT people a review of existing research*. Los Angeles: The William Institute, UCLA School of Law: [https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/2019/01/IPV-in-LGBTQ-Community\\_1.28.19.pdf](https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/2019/01/IPV-in-LGBTQ-Community_1.28.19.pdf)
- Bryant, K. (2006). “Making Gender Identity Disorder of Childhood: Historical Lessons for Contemporary Debates.” *Sexuality Research and Social Policy*, Vol.3(1): 23–39.
- Butler, J. (23 outubro de 2021). Why is the idea of ‘gender’ provoking backlash the world over?. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/us-news/commentisfree/2021/oct/23/judith-butler-gender-ideology-backlash>
- Castañeda, C. (2015) Developing gender: The medical treatment of transgender young people. *Social Science & Medicine*. 143, pp. 262-270. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.031>
- Chevalier, J.M. and Buckles, D. (2013) *Participatory Action Research Theory and Methods for Engaged Inquiry*. London: Routledge.
- Clark T.C., Lucassen M.F., Bullen P. (2014). The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12) *J Adolescent Health*, 55(1): 93–99.
- Corliss, H. L., Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2002). Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual and heterosexual adults. *Child Abuse & Neglect*, 26, 1165-1178. [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00385-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00385-X)
- Costa, P. (2021). Experiências de psicoterapia de pessoas heterossexuais cisgênero e pessoas LGBT+: resultados preliminares psychotherapy experiences of

- heterosexual cisgender and LGBT+ people: preliminary findings. *Psicologia Saúde & Doenças* 22(3): 894-907. DOI:[10.15309/21psd220310](https://doi.org/10.15309/21psd220310)
- Coyne, I (2015) Involving Parents in Managing Their Child's Long-Term Condition—A Concept Synthesis of Family-Centered Care and Partnership-in-Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30 (1). pp. 143-159.
- De Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 1–9.
- Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., & T'Sjoen, G. (2015). Families in transition: a literature review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 36-43.
- Diversity and Childhood (DaC). (2020). *National Analysis on Violence against LGBTI and Gender Non-Conforming Children: Portugal*. <https://www.diversityandchildhood.eu/outputs-and-publications>
- Dunne, P. & Turraoin, C. (2015). *It's time to hear our voices*. National Trans Youth Forum Report. <https://www.tcd.ie/equality/assets/docs/TimeToHearOurVoices.pdf>
- Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116-123. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>
- Ehrensaft, D. (2012). From Gender Identity disorder to Gender Identity Creativity: True Gender Self Therapy. *Journal of Homosexuality* 59(3): 337-356. DOI: <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>.
- Esteves, M. Santos, AC & Santos, A. (2021). Zonas de Liberdade LGBTI+? Práticas e gramáticas para uma intervenção profissional inclusiva com crianças e jovens LGBTI+"; *ex æquo*, n.º 36, 2017, pp. 9-22. DOI: <https://doi.org/10.22355/exaequo.2017.36.01>
- Farley, L. (2018). *Childhood Beyond Pathology: A Psychoanalytic Study of Development and Diagnosis*. Albany, NY: SUNY Press.
- Flick, U. (2005). "Triangulation in Qualitative Research." In *A Companion to Qualitative Research*, organizado por Uwe Flick, Ernst von Kardorff, e Ines Steinke, 178-183. London: Sage.

- Foucault, M. (1978). An Introduction. Vol. 1 of *The History of Sexuality*. Traduzido por Robert Hurley. New York: Vintage
- FRA. (2013). European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey, Luxembourg: EU. Disponível em: <https://fra.europa.eu/en/publication/2013/eu-lgbt-survey-european-unionlesbian-gay-bisexual-and-transgender-survey-results>;
- FRA. (2020). European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey, Luxembourg: EU. Disponível em: <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results>.
- Fraser, N. (1992). Rethinking the public sphere: A contribution to the critique of actually existing democracy. In C. Calhoun (Ed.), *Habermas and the public sphere* (pp. 109–142). MIT Press.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health, 101*(8), 1481–1494. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.190009>
- Gagné, P., & Tewksbury, R. (1998). Conformity Pressures and Gender Resistance among Transgendered Individuals. *Social Problems, 45*(1), 81–101. DOI:<https://doi.org/10.2307/3097144>
- Galupo, M.P., & Resnick, C.A. (2016). *Experiences of LGBT Microaggressions in the Workplace: Implications for Policy*.
- Gato, J., Fontaine, A. M., & Carneiro, N. S. (2012). Multidimensional scale of attitudes toward lesbians and gay men: construction and preliminary validation. *Paidéia (Ribeirão Preto), 22*(51), 11-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000100003>
- Gillett-Swan, J. & Sargeant, J. (2018) Assuring children’s human right to freedom of opinion and expression in education, *International Journal of Speech-Language Pathology, 20*:1, 120-127, DOI: 10.1080/17549507.2018.1385852
- Gill-Peterson, J. (2018). *Histories of the Transgender Child*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Graff, A. & Korolczuk, E. (2022). Anxious parents and children in danger The family as a refuge from Neoliberalism. In Agnieszka Graff & Elbieta Korolczuk, *Anti-gender politics in the populist moment*. New York: Routledge (114-136).
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2011). *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
- Greytak, E. Kosciw, J.; Villenas, C. & Giga, N. (2016). From Teasing to Torment: School Climate Revisited. A Survey of U.S. Secondary School Students and Teachers , Report-research. Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN). <https://eric.ed.gov/?id=ED574775>
- Greytak, K. & Bartkiewicz (2010). *The 2009 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in our nation's schools*. 2010 from the Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN)
- Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E, Breland, D. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 59 (3), 254–261. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.03.017.
- Higgins, A., Begley, T., de Vries, J., Doyle, L., McCann, E., Sheerin, F., Sharek, D. (2015). *LGBTIreland: A study of the mental health and suicidality of lesbian, gay, bisexual, and transgender people in Ireland and public attitudes to LGBT people*. Dublin, Ireland: Gay and Lesbian Equality Network.
- Hilário, AP. & Marques, AC (2020). Tran youth in Portugal: gendered embodiments. *Culture, Health & Sexuality*. 22 (9). (pp.1047-1062). DOI: 10.1080/13691058.2019.1649464.
- Hills, F., Meyer-Weitz, A., & Asante, K. O. (2016). The lived experiences of street children in Durban, South Africa: Violence, substance use, and resilience. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11, 30302. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30302>
- Hines, S., Santos A.C. 2018. “Trans\* policy, politics and research: The UK and Portugal.” *Critical Social Policy* 38, 1, 35-56.

- Hultqvist, K. & Dahlberg, G. (2001). *Governing the Child in the New Millennium*. London: Routledge.
- Human Rights Campaign (HRC). 1996. Supporting & caring for transgender children. Human Rights Campaign. US. Disponível em <http://hrc.im/supportingtranschildren>
- ILGA Portugal. (2019). *Relatório Anual: Discriminação contra pessoas LGBTI+*. Disponível no endereço: [https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/observatorio/ILGA\\_Relatorio\\_Discriminacao\\_2019.pdf](https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/observatorio/ILGA_Relatorio_Discriminacao_2019.pdf)
- Katz-Wise, S. L., Priess, H. A., & Hyde, J. S. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental psychology*, 46(1), 18–28. <https://doi.org/10.1037/a0017820>
- Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Diaz, E. M., & Bartkiewicz, M. J. (2010). *The 2009 National School Climate Survey: The Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth in Our Nation's Schools*. Washington DC: Gay Lesbian and Straight Education Network.
- Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Palmer, N. A., & Boesen, M. J. (2014). *The 2013 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools*. New York, NY: GLSEN.
- Latorre, A. (2003). *La investigación-acción. Conocer y cambiar la práctica educativa*. Barcelona: Ediciones GRAÓ.
- Marques, A., Nogueira, C. & Oliveira, JM (2010). Lesbians on Medical Encounters: Tales of Heteronormativity, Deception, and Expectations. *Health Care For Women International*. DOI:10.1080/07399332.2014.888066
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. London: Applied Social Research Methods Series.
- McConnell EA, Birkett MA, Mustanski B. (2006). Families matter: Social support and mental health trajectories among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Adolescent Health*.+. Vol. (59) :674–680. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.07.026.
- Millet N., Longworth J., & Arcelus J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the

- literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27–38. doi: 10.1080/15532739.2016.1258353
- Nações Unidas (1989). Convention on the Rights of the Child. Geneva: OHCHR. <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/crc.pdf>
- Neary, A. (2018) New trans\* visibilities: working the limits and possibilities of gender at school, *Sex Education*. Vol (18)4, 435-448, DOI:10.1080/14681811.2017.1419950
- Needham, B. & Austin, E. (2010). Sexual Orientation, Parental Support, and Health during the Transition to Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), p1189-1198.
- OCDE (2019), Society at a Glance 2019: *OECD Social Indicators*, OECD Publishing. doi: [10.1787/soc\\_glance-2019-en](https://doi.org/10.1787/soc_glance-2019-en)
- Olson, J., Schrager, S. M., Belzer, M., Simons, L. K., & Clark, L. F. (2015). Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *Journal of Adolescent Health*. Vol.57, 374–380
- Owen, G. (2014). Adolescence. *Transgender Studies Quarterly*. Vol 1 (1–2). pp.22-24. DOI: <https://doi.org/10.1215/23289252-2399479>
- Pereira, H. (2020). Psychosocial dynamics of LGBT youth after global political equality in Portugal. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*. 21(3), pp. 687-697. DOI: 10.15309/20psd210312.
- Perez-Brumer, A., Day, J. K., Russell, S. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2017). Prevalence and correlates of suicidal ideation among transgender youth in California: Findings from a representative, population-based sample of high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 56, 739–746. doi:10.1016/j.jaac.2017.06.010: Disponível em <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0011000019827568>
- Petr, C. G. (1992). Adultcentrism in Practice with Children. *Families in Society*, Vol 73(7), 408–416. <https://doi.org/10.1177/104438949207300703>
- Platero, R.L. (2014). *TRANS\*exualidades: Acompañamiento, factores de salud y recursos educativo*. Barcelona: edicions Bellaterra.

- Preciado, Paul B. (2013). Quem defende a criança queer? (Fernanda Nogueira, trad.). *Jangada* Vol. 1: 96-99.  
<https://www.revistajangada.ufv.br/index.php/Jangada/article/view/17>
- Pyne, Jake. 2014. Gender Independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *Canadian Journal of Human Sexuality*, Vol. 23 (1): 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.3138/cjhs.23.1.CO1>
- Qvortrup, J., et al. (2011). Why social studies of childhood? An introduction to the handbook. In J. Qvortrup et al. (Eds.), *The Palgrave handbook of childhood studies* (pp. 62–77). Hampshire: Palgrave-Macmillan
- Rahilly, E. P. (2015). The Gender Binary Meets the Gender-Variant Child: Parents' Negotiations with Childhood Gender Variance. *Gender & Society*, Vol.29, 338-361.<http://dx.doi.org/10.1177/0891243214563069>
- Rainbow Europe. (2019). Annual Review 2019. <https://rainbow-europe.org>
- Ramsey, P.G. (2004). *Teaching and Learning in a Diverse World*. 3rd ed. New York: Teachers College Press.
- rede ex aequo. 2019. Relatório do Projeto de Educação 2016-2018. Lisboa: rede ex aequo. Available here: <https://www.rea.pt/relatorioprojetoeducacao/>.
- Riley, E. A., Sitharthan, G., Clemson, L., & Diamond, M. (2011). The needs of gender-variant children and their parents: A parent survey. *International Journal of Sexual Health*. Vol. 23(3), 181–195. doi:10.1080/19317611.2011.593932
- Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual review of clinical psychology*, 12, 465–487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
- Saleiro, S. (2013). *Trans Géneros: Uma abordagem sociológica da diversidade de género*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Lisboa: ISCTE-IUL.
- Saleiro, S. (2017). Diversidade de género na infância e educação: contributos para uma escola sensível ao (trans)género. *ex æquo*, 36, (149-165). DOI: <https://doi.org/10.22355/exaequo.2017.36.09>
- Santos, AC., Esteves, M. e Santos, A. (2020). Como Prevenir e Combater a Violência contra Crianças e Jovens LGBTI+ e de Género Diverso. *Diversity and Childhood*.

- Santos, H. M. R. (2018). “Discursos sobre *bullying* e homofobia na e da escola: que (im)possibilidades de cidadania para jovens LGBT?. *Universidade do Porto*. Porto
- Schweiger, G. (2019). Ethixs, Poverty and Vulnerability. *Ethics and social welfare*, Vol. 13(3). (pp.288-301). DOI: 10.1080/17496535.2019.1593480
- Suess, A. (2017). Gender diversity in childhood: A human right. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2519– 2520. doi:10.1007/s10508-017-0938-0
- Travers, R., Bauer, G., & Pyne, J. (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Report <http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
- Travers, R., Bauer, G., & Pyne, J. (2012). Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. <http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
- Unesco. (2016). Out in the open: Education sector responses to violence based on sexual orientation and gender identity/ expression. Paris, France.
- Unicef. (2014). Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children. New York, NY.
- Vance, S. R., Jr, Halpern-Felsher, B. L., & Rosenthal, S. M. (2015). Health care providers' comfort with and barriers to care of transgender youth. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, Vol.56(2), 251–253. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.11.002>
- Whittle, S. (2006). Foreword. In Susan Stryker and Stephen Whittle (eds.) *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge (pp. xi-xiv).
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. London: McGraw-Hill Education.

## Capítulo 5

### **Diversidade de género e educação inclusiva: resistências, inovações e desafios em Portugal e Espanha**

Sandra Palma Saleiro & Luis  
Puche Cabezas

## **Resumo:**

Este capítulo centra-se na diversidade de género na infância e juventude no contexto educativo. Com base em investigações realizadas em Portugal e Espanha com pessoas trans (Saleiro, 2013, 2017; Puche, 2015, 2018), analisa-se as condições enfrentadas por estas crianças e jovens nas escolas, bem como as políticas de educação inclusivas da diversidade de género nos dois países da Península Ibérica. Partindo de um enquadramento teórico e conceptual sobre a diversidade de género e a sua aplicação à infância e juventude no contexto do sistema de sexo/género, e de um enquadramento contextual relativo aos quadros legislativos e políticas públicas em vigor em Portugal e Espanha no domínio da infância e juventude e da educação na última década, discute-se a educação como um espaço de obstáculos e violências, mas também de resistência e de inovações potencialmente transformadoras. Abordam-se quer as dificuldades relacionadas com o *bullying* e a inação ou oposição de intervenientes escolares e de algumas famílias, quer as boas práticas que estão a ser implementadas, nas quais a diversidade de género é vista como uma oportunidade para uma educação inclusiva. Apresentam-se, finalmente, alguns desafios que deverão ser tidos em conta a fim de assegurar uma abertura à diversidade nas escolas que seja verdadeiramente emancipatória e transformadora para toda a comunidade escolar.

## **Introdução**

Neste capítulo abordaremos a diversidade de género na infância e juventude e a sua inclusão no contexto educativo. A partir de investigações realizadas em Portugal e Espanha com pessoas trans (Saleiro, 2013, 2017; Puche, 2015, 2018), tentaremos traçar o retrato da situação das políticas de educação inclusivas da diversidade de género, desde uma perspetiva ibérica.

Tradicionalmente, a diversidade de expressões de género na infância tem sido gerida nas escolas, de maneira informal, segundo uma lógica repressiva e de retorno à ordem de género, tanto por parte das pessoas adultas como entre pares (através do *bullying*). Apesar dos obstáculos, o recente reconhecimento da diversidade de género na infância e juventude está a provocar transformações importantes a nível individual para as pessoas que rompem com o sistema dos dois sexos/géneros únicos e dicotómicos, que

comumente se designam como pessoas transgênero ou pessoas trans. É crescente o apoio das suas famílias (Meadow, 2011; Meyer & Sansfaçon, 2014; Gavilán, 2016; Gillis, Popowich, Skelton & Barrass, 2019; Saleiro, 2020) e começam a ser implementadas medidas escolares específicas que apostam, entre outros aspetos, no respeito pelo género reivindicado e a utilização dos espaços e uniformes reservados a esse género (Saleiro, 2017, 2020; Puche, 2018). Ao mesmo tempo, a nova categorização social das infâncias e juventudes trans coloca desafios inéditos relativamente à compreensão da diversidade e das políticas inclusivas, que abordaremos neste capítulo.

O capítulo divide-se em quatro pontos. No primeiro realizamos um enquadramento teórico e conceptual sobre a diversidade de género e a sua aplicação à infância e juventude no contexto do sistema de sexo/género. O segundo ponto apresenta os quadros legislativos e as políticas públicas de Portugal e Espanha neste domínio, com especial atenção à infância, à juventude e aos contextos educativos, enquadrando-as ao nível europeu e internacional. No terceiro, tratamos a educação como um espaço de resistência, obstáculos e violências, mas também de inovações transformadoras. Abordamos quer as dificuldades relacionadas com o *bullying* e a renitência dos/as professores/as e de algumas famílias, quer as boas práticas que estão a ser implementadas, nas quais a diversidade de género é vista como uma oportunidade educativa do ponto de vista da inclusão. Finalmente, apresentamos alguns desafios que consideramos que devem ser abordados futuramente a fim de assegurar uma abertura à diversidade nas escolas que seja verdadeiramente emancipatória e transformadora para toda a comunidade escolar.

### **A emergência da diversidade de género na infância e juventude**

Este capítulo tem como objeto as pessoas – neste caso crianças e jovens – que transgridem a relação socialmente expectável entre o sexo/género que lhe foi atribuído à nascença e o género expressado, que recaem sobre a alçada do “transgênero”. O termo “transgênero”, ou apenas “trans”, pode ser definido como abarcando as pessoas que se identificam com um género que não (exclusivamente) aquele que lhe foi atribuído à nascença. Já “cisgênero”, ou apenas “cis”, refere-se às pessoas para as quais coincidem o sexo atribuído à nascença e a identificação de género (Stryker, 2008; Sanger, 2010). As pessoas trans, enquanto detentoras de identidades de género socialmente minoritárias, são

dos grupos mais discriminados da população (Comissão Europeia, 2015). Ao privilégio da masculinidade, junta-se o “cisprivilégio” (Enke, 2012), e ao sexismo junta-se o cisgenderismo – definido como ideologia que invalida ou patologiza as autoatribuições de género que contrastam com as externamente atribuídas (Ansara & Hegarty, 2012) -, como traço das desigualdades de género (Saleiro, 2017).

O reconhecimento da existência de crianças e jovens com identidades e/ou expressões de género que não se enquadram nas modalidades socialmente expectáveis face ao sexo que lhes foi atribuído à nascença fora do quadro de referência da patologia é bastante recente (Bryant, 2006; Meadow, 2011; Rahilly, 2015; Gavilán, 2016).

Nos anos 1960, as identidades e expressões de género não normativas das crianças começaram a ser objeto de atenção, sendo perspetivadas como uma patologia que necessita de cura (Bryant, 2006). Em 1980, a “perturbação de identidade de género na infância” foi introduzida formalmente na terceira revisão do DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria, sendo recomendadas “terapias reparadoras”, no sentido de conformar estas crianças às normas sociais de género. No entanto, na primeira e, sobretudo, na segunda década do século XXI começaram a surgir outras leituras, da parte das ciências sociais (Kennedy, 2010; Meadow, 2011; Rahilly, 2015) e mesmo na das ciências psico-médicas (Lev, 2004; Brill & Pepper, 2008; Hill et al., 2010; Malpas, 2011; Ehrensaft, 2012; Menvielle, 2012), que (re)colocam a variedade de expressões de género na infância como parte da diversidade humana. Esta transformação surge na sequência da mudança de paradigma na leitura do “transgénero”, da patologia para a esfera dos direitos humanos e das crescentes aquisições de direitos relacionadas com a identidade de género (Saleiro, 2020).

A “diversidade de género” tem vindo a impor-se como termo descritivo deste fenómeno na infância e juventude, porque evita a atribuição de categorias identitárias de género (por exemplo, de “transexual”), deixando espaço para a autodeterminação de género. No mesmo sentido, substituindo as designações patologizantes cunhadas nos diagnósticos de doenças mentais, surgem novas expressões, positivas e afirmativas, para designar estas crianças. Por exemplo, “crianças independentes em termos de género” (Pyne, 2014), “crianças variantes em termos de género” (Lev, 2004; Riley et al., 2013; Rahilly, 2015); “crianças não conformes em termos de género” (Malpas, 2011; Platero,

2014). Novamente contrariando a lógica rígida do “diagnóstico”, o que os estudos realizados na infância têm revelado é que, tal como na população adulta, existem modos distintos de experienciar e expressar a diversidade de gênero (Pyne, 2014). Estes vão desde sentimentos persistentes de pertença identitária ao “outro” sexo/gênero (no que se diz que se é, na escolha de um novo nome e pronomes), até à manifestação do desejo de apropriação do universo socialmente reservado ao “outro” gênero (na escolha da roupa e acessórios, brinquedos e brincadeiras, etc.), com maior ou menor frequência e intensidade, não reivindicando necessariamente uma outra pertença de sexo/gênero (Saleiro, 2017, 2020).

No caso da infância, a própria emergência da categoria de “crianças trans” ou “diversas em termos de gênero” foi possibilitada pelas mães e pelos pais destas crianças, através da pioneira prática de as apoiarem na sua livre expressão de gênero (Meadow, 2011). E vai tornando-se cada vez mais visível e reconhecida à medida que as famílias vão ficando conscientes deste fenómeno e como maior disponibilidade para a apoiarem as suas crianças dentro e fora do espaço privado (Rahilly, 2015). Está, assim, a constituir-se a primeira geração de crianças e jovens a quem é permitido viver de acordo com o seu (trans)gênero em todas as dimensões da sua vida e assim serem reconhecidas. Concomitantemente, começam também a surgir, em muitas partes do mundo, as primeiras associações de famílias destas crianças que se apoiam mutuamente, constituem referência para cada nova família e organizam-se politicamente na reivindicação de direitos para a diversidade de gênero na infância. Em Portugal, em 2010, é constituída formalmente a AMPLOS – associação de Mães e Pais pela Liberdade de Orientação Sexual e Identidade de Género, em que um dos seus núcleos mais dinâmicos é o constituído por mães e pais de crianças e jovens trans. Em Espanha existem uma série de associação de famílias, entre as quais podemos destacar a AMPGYL - Asociación de Madres y Padres de Gays, Lesbianas, Bisexuales y Transexuales, fundada em 2002, ou a mais recente Chrysallis - Asociación de familias de Infancia y Juventud Trans\*, fundada em 2013.

A diversidade de gênero e as realidades trans não podem ser compreendidas fora do quadro sociocultural em que estão inscritas: o que a antropologia conceptualizou como o "sistema sexo/gênero" ou "sistema de gênero" (Rubin, 1986), que alude ao quadro multidimensional - e variável em função do contexto cultural e histórico - que regula socialmente o sexo, o gênero e as sexualidades. O sistema sexo/gênero é o lugar social

em que a questão biológica do sexo é convertida, por meio de relações sociais de desigualdade, num sistema de proibições, obrigações e direitos diferenciados para os indivíduos (Maquieira, 2005). Nesta perspectiva sistêmica, também é utilizado o termo "patriarcado" para enfatizar criticamente a dominação e opressão masculina das mulheres e das pessoas que rompem com a ordem de gênero na nossa sociedade e noutras. Este sistema reproduz-se e perpetua-se de múltiplas formas, mas os processos discriminatórios sexistas, homofóbicos e transfóbicos - tão frequentes nos contextos escolares sob a forma de *bullying* - ocupam um lugar central na sua reprodução.

O sexismo, a homofobia, a transfobia ou LGBTIfobia (de acordo com a fórmula recentemente cunhada), muito mais do que atitudes ou sentimentos individuais, são preconceitos discriminatórios culturalmente construídos e internalizados através da socialização (Pichardo, 2015). O sexismo, nas sociedades patriarcais, assume a forma de desvalorização e discriminação contra as mulheres e o feminino. O termo homofobia refere-se à opressão de pessoas que são vistas como sendo sexualmente atraídas por pessoas do mesmo sexo (à margem de qualquer consideração quanto à sua identidade ou expressão de gênero). Por sua vez, a transfobia alude à penalização social da falta de correspondência entre sexo e gênero (segundo um esquema dicotômico), bem como das expressões de gênero não convencionais. Estes três vetores de discriminação, que aparecem frequentemente interligados (Coll-Planas, Bustamante & Missé, 2009), atuam sobre toda a população e não apenas sobre as pessoas trans, gays ou lésbicas, cimentando a ordem sexual e as fronteiras entre os gêneros. E mostrando "a ferocidade com que a sociedade defende a vigência dos seus sistemas classificatórios" (Juliano, 2017, p. 30).

As discriminações que temos vindo a abordar são transmitidas através de repreensões ou castigos, mas, sobretudo, através de sistemas de endoculturação e conformidade de vontades, ou seja, através das aprendizagens informais que adquirimos ao longo das nossas vidas através da interiorização dos modelos dominantes. O sistema educativo e outras instituições sociais (a lei, os media, o sistema médico, a família, entre outros), de uma forma mais estruturada, transmitem também uma determinada cosmovisão e um corpo de conhecimentos sobre o que é considerado normal, verdadeiro, justo, saudável, significativo e concebível. Em contextos de desigualdade, "ambas as formas de pressão (informal e formal) restringem as capacidades individuais e pressionam no sentido de adaptações comportamentais duras" (Juliano, 2004, p. 67).

Os ambientes escolares são nós importantes nesta teia sistémica. É comum que a transfobia e a homofobia estejam diariamente interligadas com o sexismo (e outros vetores de discriminação), dando origem a processos de intimidação entre pares que condicionam fortemente a construção da personalidade, das relações de género e da sexualidade nestas idades decisivas. Há ainda o fator agravante de estas situações serem frequentemente silenciadas ou ignoradas institucionalmente, transferindo para próprias vítimas de assédio a responsabilidade de ultrapassar a sua situação. (Takács, 2006; Richard & Chamberland, 2014; Pichardo & De Stéfano, 2015; Benítez, 2016; Elipe, Muñoz & Del Rey, 2018; Saleiro, 2017; Gallardo & Espinosa, 2021).

Apesar da sua capacidade constritiva, o sistema sexo/género é um produto social e, como tal, é suscetível de mudança através da ação humana. De facto, nas últimas décadas, o impacto do feminismo e as lutas pelas liberdades sexuais não têm cessado de produzir transformações profundas. Daí a importância de reforçar os conteúdos pedagógicos transformadores e de promover culturas escolares inclusivas que contribuam para a erradicação das violências e para a construção da igualdade num contexto de crescente diversidade. Uma tarefa para a qual já dispomos de um importante corpo de iniciativas e ferramentas pedagógicas a nível nacional e internacional, tanto provenientes da academia, como das associações (Meyer, 2009; Platero, 2014; Pichardo, 2015; Pichardo & De Stéfano, 2020; Sánchez, Penna & De la Rosa, 2016; Barragán-Medero e Pérez-Jorge, 2020; Sanchís, 2021; Leal & Castro, 2021, Projeto Educação LGBTI da rede ex aequo, guias elaborados pela AMPLOS, Projeto Tod@s somos Precis@s da ILGA Portugal, Programa Gis vai à escola da Plano i, entre muitos outros) e também com os avanços legislativos em Portugal e Espanha.

### **Legislação e políticas educativas para a diversidade de género na infância e juventude em Portugal e Espanha**

O reconhecimento da discriminação em função da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais (OIEC), e da necessidade de proteção das pessoas LGBTI+ e de combate às desvantagens que enfrentam através do desenvolvimento e implementação de políticas públicas, tem sido objeto de atenção nos contextos internacional, europeu e nacional, sobretudo desde o início deste século.

Ao nível internacional, os Princípios de Yogyakarta (YP) tornaram-se, em 2007, o documento de referência sobre direitos humanos nas áreas da orientação sexual e da identidade de género (YP, 2007), adicionando, dez anos mais tarde, a expressão de género e as características sexuais (YP+10, 2017). No documento são reconhecidos o direito à igualdade e à não discriminação em função da OIEC, sendo destacadas áreas estratégicas de intervenção, entre as quais a educação.

A atenção à diversidade de género na infância na legislação e nas políticas públicas inicia, na Europa, precisamente pela dimensão da educação. O ainda hoje documento de referência europeu no que concerne às orientações aos Estados-membros no combate à discriminação em razão da orientação sexual e da identidade de género - a Recomendação CM/REC(2010)5 do Comité de Ministros do Conselho da Europa (CoE) -, refere explicitamente a necessidade de “salvaguardar o direito das crianças e jovens à educação num ambiente seguro, livre de violência, *bullying*, exclusão social ou outras formas de discriminação e tratamento degradante relacionado com a orientação sexual e identidade de género” (CoE, 2010, secção VI).

Em 2014, o Comissário para os Direitos Humanos do Conselho da Europa, Nils Muižnieks, elabora um conjunto de considerações acerca da proteção das crianças e jovens LGBTI (CoE, 2014) à luz dos direitos humanos. O Comentário, intitulado “As crianças LGBTI têm o direito à segurança e igualdade”, inicia logo reconhecendo que a escola, a par da família e das redes sociais, pode constituir-se em contexto de violência para as crianças LGBTI:

As crianças lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo (LGBTI) são frequentemente vítimas de *bullying* e violência nas escolas, em casa e através das redes sociais. Isto tem um sério efeito no seu bem-estar e impede a abertura sobre a sua identidade. Como todas as crianças, as crianças LGBTI têm direito a gozar dos direitos humanos e necessitam de um ambiente seguro a fim de participarem plenamente na sociedade.

O Comissário, que defende, entre outros aspetos, o direito à autodeterminação das crianças e jovens, termina retomando a necessidade de proteger as crianças nos vários

espaços, entre os quais os escolares, e apelando para que os governos tomem ações para promover e melhorar a segurança e a igualdade das crianças LGBTI+ (Cf. CoE, 2014).

No plano da legislação nacional relacionada com a identidade de género, as várias leis existentes até à segunda década do séc. XXI, com destaque para as de reconhecimento legal de género, assumiam a identidade de género como um atributo exclusivo das pessoas adultas, o que deixava as crianças trans e respetivas famílias num ambiente de desproteção e risco (Platero, 2014: 162). Esta situação tem vindo progressivamente a ser alterada, com a regulamentação da mudança de nome e menção ao sexo nos documentos de identificação acessível a pessoas menores de idade na Argentina (2012), seguida na Europa por Malta (2015) e Noruega (2016). Em Portugal, a lei do direito à autodeterminação da identidade e expressão de género e à proteção das características sexuais (Lei 38/2018, de 7 de agosto) coloca a elegibilidade nos 16 anos e em Espanha, a nível nacional, a Ley 3/2007, de 15 de março apenas permite a alteração a pessoas maiores de idade.

A aquisição de direitos relacionados com a identidade de género na Península Ibérica está relacionada, na medida em que a aprovação da lei espanhola para retificação do nome e menção ao sexo nos registos oficiais foi uma referência para a Lei 7/2011, de 15 de março que marcou a entrada da “identidade de género” na legislação em Portugal. A aprovação de uma lei deste tipo em Espanha, um país vizinho, colocou o reconhecimento legal de género para as pessoas trans no “campo dos possíveis” em Portugal (Saleiro, 2013). Ainda assim, ao nível de legislação nacional, Portugal acabaria por ter um ritmo mais acelerado, aprovando uma nova lei de reconhecimento legal de género baseada na autodeterminação em agosto de 2018, tendo Espanha encontrado bastante mais resistências na passagem para este novo paradigma de direitos. Por outro lado, ao nível da legislação regional, Espanha foi precursora na proteção de direitos das pessoas trans no contexto europeu, incluindo a proteção das crianças e jovens menores de idade, e serviu igualmente de referência para a legislação e práticas relativas à diversidade de género na infância em Portugal. Ilustrativo desta situação é a vinda a Portugal, no período em que se iniciam as movimentações para a elaboração de uma nova lei de identidade de género, a convite da AMPLOS, de uma delegação da associação Chrysallis

– Asociación de familias de Infancia y Juventud Trans\*<sup>13</sup>, que participaria em reuniões com grupos parlamentares para troca de experiências<sup>14</sup>, bem como na conferência internacional “Diversidade de Género na Infância”, organizada pela AMPLOS e o CIES-Iscte<sup>15</sup>.

É, de facto, a partir de 2016, aquando das movimentações para a elaboração de uma lei de reconhecimento legal de género baseada na autodeterminação, que a diversidade de género na infância faz a sua entrada na agenda pública e política em Portugal. Contrastando com o período de preparação da primeira lei de reconhecimento legal de género, em que as crianças e os/as jovens menores de idade não fizeram parte do debate, no período de preparação da nova lei as crianças estiveram no centro da discussão e da polémica e motivaram mesmo o veto presidencial subsequente à primeira aprovação na Assembleia da República em abril de 2018.

A contemplação das crianças e jovens menores de idade no acesso ao reconhecimento legal de género foi uma reivindicação partilhada pela associação de famílias e pelas associações representativas das pessoas LGBTI+, T e que trabalham com estas pessoas, como se pode comprovar pela análise da audição parlamentar que reuniu nove associações para a discussão e apreciação das propostas da nova lei<sup>16</sup>. A atenção conferida às infâncias e juventudes trans está também evidenciada na realização de uma outra audição parlamentar em que estiveram presentes três mães de jovens trans pertencentes à AMPLOS, e dois dos respetivos filhos<sup>17</sup>. Foi, assim, a primeira vez que jovens trans tiveram a oportunidade de falar com voz própria no parlamento português.

Este crescendo de atenção à diversidade de género na infância em Portugal viria a ter tradução no conteúdo da Lei 38/2018, de 7 de agosto: i) na possibilidade do reconhecimento legal aos 16 e 17 anos; ii) na consagração do direito de cada pessoa à identidade de género e expressão de género “mediante o livre desenvolvimento da respetiva personalidade de acordo com a sua identidade e expressão de género” (art.º 3º 1), estabelecendo para tal a possibilidade de a pessoa ou sua representante legal

---

<sup>13</sup> <https://chrysallis.org/>

<sup>14</sup> Decorreu na Assembleia da República a 7 de outubro de 2016.

<sup>15</sup> Decorreu no Iscte-IUL no dia 8 de outubro de 2016.

<sup>16</sup> Realizada no dia 9 de janeiro de 2018, cf. <https://canal.parlamento.pt/?cid=2425&title=audicao-conjunta-de-diversas-entidades-sobre-identidade-e-autodetermin>

<sup>17</sup> Realizada a 26 de janeiro de 2018), cf. <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheAudicao.aspx?BID=107623>

solicitarem a adoção, pelos serviços públicos e privados, do nome próprio adotado face à identidade de género manifestada (art.º 3º 2); iii) bem como no artigo dedicado à “Educação e ensino” (art.º 12º), onde consta que:

1 - O Estado deve garantir a adoção de medidas no sistema educativo, em todos os níveis de ensino e ciclos de estudo, que promovam o exercício do direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e do direito à proteção das características sexuais das pessoas, nomeadamente através do desenvolvimento de:

- a) Medidas de prevenção e de combate contra a discriminação em função da identidade de género, expressão de género e das características sexuais;
- b) Mecanismos de deteção e intervenção sobre situações de risco que coloquem em perigo o saudável desenvolvimento de crianças e jovens que manifestem uma identidade de género ou expressão de género que não se identifica com o sexo atribuído à nascença;
- c) Condições para uma proteção adequada da identidade de género, expressão de género e das características sexuais, contra todas as formas de exclusão social e violência dentro do contexto escolar, assegurando o respeito pela autonomia, privacidade e autodeterminação das crianças e jovens que realizem transições sociais de identidade e expressão de género;
- d) Formação adequada dirigida a docentes e demais profissionais do sistema educativo no âmbito de questões relacionadas com a problemática da identidade de género, expressão de género e da diversidade das características sexuais de crianças e jovens, tendo em vista a sua inclusão como processo de integração socioeducativa.

2 - Os estabelecimentos do sistema educativo, independentemente da sua natureza pública ou privada, devem garantir as condições necessárias para que as crianças e jovens se sintam respeitados de acordo com a identidade de género e expressão de género manifestadas e as suas características sexuais.

3 - Os membros do Governo responsáveis pelas áreas da igualdade de género e da educação adotam, no prazo máximo de 180 dias, as medidas administrativas necessárias para a implementação do disposto no n.º 1.

Na sequência da Lei, foi elaborado o Despacho n.º 7247/20195, da responsabilidade da Secretaria de Estado da Igualdade e da Secretaria de Estado da Educação, que veio estabelecer as medidas administrativas concretas que as escolas devem adotar para o respeito pela identidade e expressão de género. Estas visam: i) Prevenção e promoção da não discriminação; ii) Mecanismos de deteção e de intervenção sobre situações de risco; iii) Condições para uma proteção adequada da identidade de género e expressão de género das crianças e dos jovens (respeito pelo nome e género gramatical autoatribuído, respeito pela utilização das instalações desejadas, etc.); iv) Formação dirigida a docentes e demais profissionais.

No entanto, na sequência da iniciativa de um conjunto de deputados/as, o Despacho viria a ser declarado inconstitucional pelo acórdão do Tribunal Constitucional (Acórdão 474/2021)<sup>18</sup>, com base na violação da reserva de competência legislativa da Assembleia da República em matéria de direitos, liberdade e garantia. Esta iniciativa ilustra bem as resistências ao reconhecimento da diversidade de género na infância na sociedade portuguesa. Não estando em causa, nesta decisão, o conteúdo das medidas, espera-se a proposta e aprovação, pela Assembleia da República, de um conjunto de medidas que possam repor, e até reforçar, as contidas no Despacho. É nesse sentido que, logo após a decisão do Tribunal Constitucional, surge o Apelo à Assembleia da República subscrito por sete associações LGBTI+ a exortarem os partidos “a legislar com urgência a garantia dos direitos das pessoas trans, intersexo e não-binárias” (1 de julho de 2021)<sup>19</sup>.

Ao nível das políticas públicas, a “identidade de género” foi contemplada nos “Planos de Igualdade de Género” desde 2011, sendo que na última geração de políticas para a igualdade integrou o “Plano de ação para o combate à discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais” (PAOIEC), 2018-2021. No seu objetivo 3.2, o Plano pretendia “Promover a desconstrução dos estereótipos homofóbicos, bifóbicos, transfóbicos e interfóbicos designadamente no sistema de educação, no desporto, na comunicação social e na publicidade”. Uma das medidas previstas passou pela “Promoção da integração da temática da OIEC na

---

<sup>18</sup> <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210474.html>

<sup>19</sup> Pode ser consultado nas páginas nas redes sociais das associações subscritoras, nomeadamente AMPLOS, Casa Qui, ILGA Portugal, Plano i, Queer Tropical, rede ex aequo e TransMissão. Por exemplo, em <https://ilga-portugal.pt/associacoes-lgbti-exortam-partidos-a-legislar-com-urgencia-a-garantia-dos-direitos-das-pessoas-trans-intersexo-e-nao-binarias/>

Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania (ENEC, 2017). Esta Estratégia nunca se refere diretamente à orientação sexual, identidade de género e expressão de género e características sexuais (OIEC), mas estas têm cobertura nas áreas que integram os três eixos em que a mesma se divide. As resistências de encarregados/as de educação à disciplina de Educação para a Cidadania, tem sido notória nos meios de comunicação social e na discussão pública em Portugal, estando as questões da OIEC no centro da contestação. Este é igualmente mais um exemplo das resistências à promoção dos direitos humanos das pessoas LGBTI+, e, sobretudo, das crianças e jovens LGBTI+, por uma parte da sociedade portuguesa.

No caso de Espanha, o reconhecimento dos direitos das pessoas trans tem tido lugar a conta-gotas, embora a sua progressão tenha sido constante ao longo do tempo e tenha acelerado na última década. Uma das características da aquisição de direitos para as pessoas LGBTI+ em Espanha é as diferentes velocidades a que acontecem entre as várias regiões e entre as regiões e a nível nacional.

Após a aprovação, em 2005, da extensão do direito ao casamento a casais do mesmo sexo, as organizações LGBT e T, com o apoio de partidos políticos de esquerda, deram um enorme impulso às reivindicações trans, um processo que culminou na promulgação da Lei 3/2007, de 15 de março, que regulamenta a retificação de registo da menção do sexo de uma pessoa, conhecida como a "Lei de Identidade de Género". Esta lei, que vigora no momento de escrita deste capítulo, foi um marco importante e foi progressista na altura da sua aprovação ao permitir a mudança de nome e sexo em documentos oficiais sem necessidade de cirurgia. No entanto, a lei foi duramente criticada por alguns movimentos trans desde o momento da sua aprovação por, entre outros aspetos, a obrigatoriedade do diagnóstico de disforia de género e de um processo hormonal com duração mínima de dois anos, bem como pelo fato de apenas pessoas com idade a partir dos 18 anos serem elegíveis.

Os aspetos que a lei estatal não cobre foram progressivamente abordadas pelas Comunidades Autónomas nas suas próprias áreas de competência, através da aprovação, desde 2009, de diferentes leis regionais: algumas centradas especificamente em torno da noção de "identidade de género" e outras de natureza mais ampla, destinadas a reconhecer os direitos civis de todas as pessoas LGBTI+ e a lutar contra as diferentes formas de

discriminação de que são vítimas. Desde a primeira lei regional sobre questões trans aprovada em Navarra em 2009 que se tem produzido uma enorme quantidade de trabalho legislativo a nível regional em Espanha. Em geral, embora com algumas exceções, leis mais recentes têm vindo a adotar e a enriquecer o conteúdo de leis anteriores numa lógica de "efeito dominó", o que tem contribuído para a criação de um corpo cada vez mais inclusivo e protetor de leis de direitos humanos (Klein, 2017). Um *corpus*, aliás, no qual a consideração da diversidade de género na infância e juventude (a nível da saúde, educação e comunitário) tem vindo a crescer em importância, em paralelo com a crescente presença destes novos atores sociais e das suas famílias no ativismo e nos meios de comunicação social.

Esta heterogeneidade regulamentar - existem atualmente pelo menos 12 leis regionais diferentes - leva, tanto o campo jurídico (Ramón, 2017), como as organizações trans e de famílias de pessoas LGBTI+, a exigir a homogeneização de critérios e direitos sob a forma de uma lei estatal abrangente, que está neste momento em processo parlamentar, a fim de pôr fim à desigualdade de tratamento consoante a região onde se vive, que consideram contrária ao princípio da igualdade cidadã (Maldonado, 2014).

Um dos marcos mais importantes neste processo de desenvolvimento legislativo foi a aprovação em 2014 da Lei de Identidade de Género da Andaluzia, que reconheceu pela primeira vez em Espanha o direito à autodeterminação de género.

Não sendo possível abordar em detalhe todas as leis regionais, salientamos alguns dos aspetos mais relevantes das leis regionais espanholas (com base em Ramón, 2017), que, juntamente com o princípio de autodeterminação de género, são de relevância direta para o objeto deste capítulo:

- Aposta-se numa ampla conceptualização da realidade trans apresentada como uma forma de diversidade de género que não tem necessariamente de ser acompanhada por desconforto ou necessidades médico-cirúrgicas, mencionando explicitamente, entre os sujeitos que merecem proteção legal, não só pessoas mais próximas da modalidade médica da transexualidade, mas também pessoas que se definem, por exemplo, como *queer*.
- Há um distanciamento da consideração da transexualidade como uma doença e a ênfase é colocada nos danos psicológicos e sociais causados pela transfobia. Assim, há uma

mudança da consideração patológica e biologista tradicional para uma visão que incorpora elementos de análise sociocultural e entende os processos de identidade trans como processos bio-psico-sociais, colocando-os no plano dos Direitos Humanos muito mais do que no plano clínico.

- São estabelecidas medidas para garantir o reconhecimento do nome e género manifestado pela pessoa em todas as esferas da vida pública, especialmente na educação e saúde, nas quais se estabelece a necessidade de desenvolver protocolos específicos que incluam as pessoas menores de idade. Identificam-se meios para a emissão de documentos de identificação provisórios até que a retificação oficial do registo seja efetuada.
- É conferido um papel central à voz das crianças e jovens menores de idade e são estabelecidos canais para garantir o seu direito a serem ouvidas.
- No âmbito educativo, estabelece o direito das crianças e jovens menores de idade a serem tratadas com o nome e de acordo com o género desejado, a usarem roupas que correspondam ao seu género (por exemplo, no caso do uniforme), a utilizarem os espaços que correspondam ao género com que se identificam (casas de banho, vestiários) e a salvaguardarem o seu direito à privacidade em relação ao processo de transição de género, para o qual são desenvolvidos protocolos específicos derivados da lei.
- São dedicados capítulos específicos à prevenção da discriminação, particularmente ao *bullying* escolar devido à trans/homofobia, e à implementação de planos educacionais sobre educação sexual e diversidade sexual e de género de forma transversal, incorporando estas questões nas diferentes disciplinas do currículo. Também são estabelecidas medidas para a formação de professores/as nesta área.
- São também estabelecidas recomendações para evitar a discriminação com base na homofobia e na transfobia no ensino superior e para a formação do pessoal docente; é promovida a investigação social em matéria de LGBTI+ a fim de contribuir para o desmantelamento de preconceitos estigmatizantes; e é estabelecida a necessária formação curricular em diversidade de género e sexual para profissionais da educação, saúde e outros cursos, de modo a que possam prestar a adequada atenção às pessoas trans que serão, no futuro, suas pacientes, estudantes ou utentes.

Segundo Amets Suess (2015), a comparação destes diferentes textos legais que surgiram nos últimos anos em Espanha e Portugal permite-nos identificar uma mudança

na conceptualização, no uso da linguagem e no alcance das diferentes leis. Esta mudança vai no sentido da utilização crescente da linguagem dos Direitos Humanos, bem como na inclusão não só de pessoas identificadas como transexuais, mas também de um espectro mais amplo de posições trans que se apresentam como independentes da existência de diagnósticos e de processos de modificação corporal.

Neste processo, ainda incompleto, do reconhecimento político e público da diversidade de género na infância em Espanha e Portugal, o movimento associativo LGBT e especificamente trans, e sobretudo as associações representativas das famílias, tem sido um ator fundamental, ao fazer dos pais, mas sobretudo das mães, as vozes das suas crianças e jovens de género não normativo. “Contando a história” das suas crianças, lendo cartas, mostrando desenhos, tornaram essa história numa história do tempo presente, contribuindo para a criação das condições da sua receção (Plummer, 1995) nos protagonistas e decisores políticos, na comunicação social, nos/as profissionais de saúde, de educação e outros/as, e não menos importante, noutras famílias (Saleiro, 2017). Têm igualmente feito uso de ferramentas jurídicas de peso, como o direito das crianças e jovens menores de idade ao “livre desenvolvimento da personalidade” no âmbito, uma vez mais, da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Convenção sobre os Direitos da Criança (Maldonado, 2014). Tudo isto num contexto de crescente consciência social da violência sofrida por crianças e adolescentes e, em particular, o *bullying*, que se tornou um problema social que recentemente começou a fazer soar o alarme nos meios de comunicação social, na educação e na política.

### **O campo educativo como espaço de violências, resistências e inovações**

É indubitável que as escolas são lugares de extrema importância na vida das crianças e dos/as jovens, influenciando diretamente as suas possibilidades de desenvolvimento e bem-estar. Durante muito tempo, no ambiente escolar, as expressões e identificações de género que rompem com a matriz dicotómica de sexo/género foram reguladas de forma repressiva: através de correções explícitas por parte dos/as professores/as, de violência ou *bullying* de pares, ou de formas rotineiras de organização da atividade pedagógica e das relações interpessoais no contexto educativo, atravessadas pela normalização do sexismo, da homofobia e da transfobia. Embora estes fatores

condicionantes ainda estejam presentes nas salas de aula, como veremos na primeira parte desta secção, nos últimos anos tem havido iniciativas interessantes que marcam caminhos transformadores em termos de aceitação e celebração da diversidade de género. Este é o tema da segunda secção deste ponto.

### ***Violências, obstáculos e resistências***

O *bullying* é a face mais visível das discriminações que as crianças e jovens diversos em termos de género enfrentam nas escolas. É um problema que atinge intensamente esta população, tanto mais quanto a sua expressão de género não normativa for notada (Whittle, Turner & Al-Alami, 2007; Moreno & Puche, 2013; FRA, 2014). O *bullying* está a assumir novas formas e pode tornar-se omnipresente, devido à sua propagação nas redes sociais. O *cyberbullying* perpetua, fora do tempo e do espaço da escola, a violência e a discriminação em meio escolar (Abreu & Kenny, 2018).

A análise de diferentes estudos realizados a nível internacional em contextos educativos (por exemplo, Richard & Chamberland, 2014; Guasp, Ellison & Satara, 2014; Pichardo & De Stéfano, 2015) e as nossas investigações realizadas em Portugal e Espanha (Puche, 2015; Saleiro, 2013, 2017), permitem sinalizar algumas questões-chave relativas à discriminação nos contextos educativos.

Em primeiro lugar, que *nos ambientes escolares se concentram e intercetam múltiplos vetores de discriminação*, fazendo com que se perfilam como lugares particularmente hostis para quem não satisfaça os padrões de normalidade estabelecidos.

Em segundo lugar, que as formas de discriminação não têm todas o mesmo peso. *A vigilância de género é um dos dispositivos de controlo mais enraizados nas escolas e ativa, de forma sistemática, processos de ridicularização, exclusão e violência corporal e material contra quem perturba o binarismo, as identidades e respetivos papéis atribuídos à nascença. A par da vigilância de género, a pressão para se conformar a certos modelos de aparência física e de beleza aumenta o seu efeito estigmatizante, afetando particularmente pessoas com tipos de corpos e expressões de género não-normativos (entre as quais, pessoas trans) (Pichardo & De Stéfano, 2015).*

Em terceiro lugar, que *a pressão é muito elevada sobre as pessoas que são percebidas como rapazes efeminados ou que transgridem as convenções da masculinidade hegemónica* (e aqui devemos incluir meninas e raparigas trans, que são

frequentemente percebidas como rapazes) e que parece menos violenta, apesar de significativa, no caso das pessoas que são percebidas como raparigas masculinas ou que transgridem as convenções da feminilidade (este é o caso de alguns rapazes trans). A violência física e sexual está consideravelmente mais presente nas experiências das raparigas trans, ainda que a violência verbal esteja presente em ambos os grupos (Saleiro, 2013; Puche, 2015, 2018). Embora as transgressões de género sejam sempre “estranhadas” e sejam penalizadas, a expressão da feminilidade por parte de pessoas percebidas como rapazes/homens é mais severamente penalizada logo desde a infância (Saleiro, 2017). A masculinidade é constantemente vigiada, também no contexto escolar, tanto por parte das pessoas adultas como dos pares, no sentido de permanecer imune ao acolhimento de dimensões socialmente associadas à feminilidade. Se a feminilidade permanece reservada às raparigas (cis), a expressão de algumas dimensões associadas à masculinidade por parte de quem é percebido como rapariga não é tão perturbadora, uma vez que o masculino é o referente universal para a humanidade, é mais valorizado socialmente e pode, pelo menos até a uma certa idade (Devor, 1989), ser estendido às raparigas (Saleiro, 2017). Barrie Thorne, já nos anos 1990, salientou que a pressão sobre as raparigas para se conformarem aos modelos hegemónicos de feminilidade tinha enfraquecido como resultado das mudanças sociais nas últimas décadas: o desafio feminista aos estereótipos de género pelas mulheres, a maior aceitação das raparigas nos desportos de equipa, o afrouxamento dos códigos de vestuário e a diminuição progressiva da pressão sobre as raparigas para se comportarem como "senhoras" (“*ladylike*”) (Thorne, 2003 [1993]). Daí que, sobretudo até à adolescência, onde são lidos como «*maria-rapaz*», os rapazes trans não se ressentam tanto quanto as raparigas trans da repressão da sua expressão de género (Saleiro, 2017).

Em quarto lugar, que estes *processos de vigilância e violência baseada no género atingem o seu auge na adolescência e juventude*, que é quando os episódios mais graves de *bullying* e violência ocorrem na escola, embora isto não signifique que eles não estejam presentes nas fases infantil e primária.

Em quinto lugar, que as *consequências emocionais, académicas e sociais destes processos de violência são indeléveis* e deterioram em graus variáveis as trajetórias de vida e os horizontes futuros das crianças e jovens afetados/as. Entre as consequências mais graves da discriminação que algumas destas pessoas sofrem estão a negação da sua

própria identidade, a ideação as tentativas suicidas (Peterson et al., 2016) - numa percentagem duas vezes superior à dos/as estudantes em geral em algumas investigações (Puche, 2015) - e um desconforto generalizado na escola que as leva a querer mudar de turma, de escola e mesmo a desistir da escola (Saleiro, 2013, 2017). Além disso, ainda que expressar-se diversamente em termos de género não seja uma patologia, o cisgenderismo da sociedade frequentemente leva a problemas de saúde mental, de consequências dramáticas.

De um ponto de vista qualitativo, um dos aspetos mais marcantes nas narrativas de rapazes e raparigas trans tem a ver com a passividade ou falta de apoio atribuída a parte do pessoal docente face à violência escolar de que são ou foram vítimas e, em geral, face aos seus processos identitários. Embora os/as professores/as estejam cada vez mais conscientes destas questões e a desenvolver boas práticas educativas a este respeito, que serão discutidas na próxima secção, tendem a ser retratados/as como pessoas com quem não existe cumplicidade efetiva, que não se envolvem a nível pessoal com os/as estudantes e que não põem um fim à trans/homofobia. Num estudo realizado em Espanha (Pichardo & De Stéfano, 2015), verificou-se que cerca de 43% dos/as professores/as declararam não intervir em situações de *bullying* homofóbico e transfóbico na escola. A nível internacional, esta frequente inação ou laxismo por parte dos/as professores/as e dos/as responsáveis das escolas foi também realçada (Conselho da Europa, 2011, pp. 114-116; Meyer, 2009).

Elizabeth Meyer (2009) explicou que a inação dos/as professores/as face ao *bullying* homofóbico e transfóbico é o resultado de um sistema complexo de interações em que se cruzam elementos externos de carácter estrutural e condicionantes internos de carácter individual. Os fatores condicionantes externos descritos por Meyer incluem as práticas institucionais, por um lado, e as normas sociais partilhadas no espaço escolar, por outro, que convergem numa "cultura escolar" marcadamente sexista e homofóbica. Tal como no caso americano estudado pela autora, a cultura escolar predominante nas escolas ibéricas é ainda marcada por várias insuficiências em relação ao acolhimento da diversidade de género. Por um lado, importa mencionar o *baixo nível de compromisso institucional* na luta contra o sexismo e a trans/homofobia, o que se traduz na falta de protocolos de ação, medidas institucionais e respostas regulamentadas na maioria das escolas para lidar com este tipo de *bullying*. Isto traduz-se na falta de ferramentas

educativas ao dispor dos/as professores/as e na falta de uma cultura profissional de reconhecimento da diversidade de género. Por outro lado, a escassa formação de professores/as nas questões de género, diversidade sexual, sexismo e trans/homofobia leva, em alguns casos, a não ver e, noutros, a não saber como resolver estes episódios de discriminação. No estudo acima mencionado, verificou-se que entre os/as professores/as que afirmaram nunca intervir em casos de trans/homofobia, mais de 80% não tinham recebido formação específica. Além disso,

A falta de formação parece ter um impacto direto em cada uma das razões apresentadas pelos/as professores/as que não intervêm face a comportamentos homofóbicos ou não o fazem sempre: 100% dos/as professores/as que não sabem como agir ou não se sentem suficientemente confiantes para intervir, nunca receberam formação específica ou consideram que a formação que receberam não foi suficiente. Encontrámos a mesma percentagem entre os/as professores/as que temem a reação dos/as estudantes, estão preocupados/as com a possível reação das famílias ou não consideram que exista uma intenção homofóbica por detrás deste tipo de agressões (Pichardo & Moreno, 2015, p. 43).

Para além destes condicionantes formais, que limitam enormemente as possíveis respostas dos/as professores/as à trans/homofobia e ao sexismo, existem outros *condicionantes de carácter informal* que, segundo Meyer, favorecem a sua inação e que têm que ver com relações interpessoais e hierarquias no contexto escolar. A este respeito, os/as professores/as sofrem de uma série de circunstâncias limitativas da sua ação, entre as quais a falta de apoio dos pares e da direção para iniciativas destinadas a abordar a orientação sexual ou a identidade de género dos/as estudantes e a problemática relação entre as competências e os campos de ação dos/as professores/as e das famílias: existe um *receio* recorrente dos/as professores/as e direções das escolas de que as questões relacionadas com género e sexualidade não-normativas abordadas na sala de aula irão desencadear *conflitos com as famílias*, uma vez que ainda são consideradas controversas e mais apropriadas à esfera privada do que à escola e à vida pública. Em geral, existe um preconceito que indica que as famílias dos/as estudantes são contra trabalhar estas questões com os/as seus/suas filhos/as, mas de acordo com alguns estudos, embora haja

uma pequena parte que pode mostrar alguma relutância, a maioria dos pais e mães e outros/as familiares compreende que a formação em questões de sexualidade, diversidade sexual e identidade de género deve também ser posta em prática nos espaços educativos (Pichardo, 2009). Colocar o afetivo no centro das políticas educativas poderia resolver estas falsas perceções e pôr fim ao suposto conflito entre família e escola, "porque reconheceria que os interesses pessoais da criança são também os interesses da escola" (Ross-Epp, 1999, p. 282).

Para além de todos estes condicionantes externos, é importante salientar os condicionantes internos de natureza individual (ideologia, filosofia educativa, experiência biográfica, identidade pessoal, crenças religiosas), que os/as professores/as transportam para a sua atividade profissional e que muitas vezes são atravessados pela sua própria trans/homofobia. Uma das formas mais comuns de os/as professores/as não atenderem às necessidades dos/as alunos/as trans é o *não reconhecimento do nome escolhido* (bem como os pronomes e a utilização dos espaços correspondentes), o que provoca desconforto a essas crianças e jovens, sujeitando-as ao risco de ridicularização e de agressão por parte dos seus pares. Este é também um dos principais fatores que leva ao já mencionado abandono escolar.

Por último, sinalizamos como um dos obstáculos à inclusão adequada da diversidade (e igualdade) de género nos contextos educativos as *estruturas dicotómicas de organização social, espacial e pedagógica* que segregam por sexo e que estão profundamente enraizadas nas escolas: desde estabelecimentos escolares não mistos a espaços como casas de banho e balneários, atividades desportivas e jogos (Swain, 2000; Molins-Pueyo, 2012) ou momentos de ritualização da vida comunitária como festivais e celebrações coletivas em que são atribuídos papéis e vestuário diferenciados a homens e mulheres. Esta divisão espacial, social e simbólica exclui e penaliza quem não encarna as normas de género maioritárias.

### ***Inovações***

Embora a inércia e os obstáculos à plena inclusão da diversidade de género no sistema educativo sejam poderosos, não é menos verdade que nos últimos anos temos assistido a dinâmicas e inovações significativas neste sentido. Em alguns casos, trata-se

de iniciativas individuais que têm um alcance coletivo; noutros, têm a ver com a aprovação de políticas e protocolos que, como já salientámos antes, começam a consolidar-se tanto em Portugal como em Espanha a diferentes velocidades.

Por um lado, as famílias de crianças trans (particularmente as mães), em alguns casos sozinhas, mas cada vez mais com o apoio e a interlocução oferecidos pelas associações que vão constituindo, estão a desempenhar um papel fundamental na incorporação da questão trans nas escolas; uma incorporação que está a ser formalizada em políticas inclusivas, regulamentos, protocolos e leis de âmbito educativo ou mais gerias que fazem referência ao âmbito educativo. Como referido anteriormente, isso aconteceu em Portugal a nível nacional e em Espanha através das leis regionais.

Para além das famílias e associações, a pesquisa realizada em Espanha em contexto escolar permitiu identificar casos em que os/as professores/as se estão a constituir num fator fundamental de mudança, ao colocar em marcha ações de transformação educativa que, em alguns casos, vão além da mera inclusão de estudantes trans e procuram transformar as bases heteronormativas e sexistas da cultura escolar. Trata-se daquilo que identificámos como *boas práticas educativas no domínio da diversidade de género e sexual* (De Stéfano, Puche & Pichardo, 2015), ou seja, aquelas práticas e atitudes pedagógicas que alguns/mas professores/as (por vezes em colaboração com as famílias e os/as próprios/as estudantes) estão a mobilizar para combater a desigualdade e as várias formas de discriminação que ocorrem no ambiente escolar, transformando-as numa oportunidade educativa. Nestes processos, são os/as próprios/as estudantes que, pela sua própria presença, visibilidade, propostas e exigências, encarnam ativamente a razão de ser destas transformações.

No que diz respeito às *famílias*, estão a *aceder às escolas para informar e formar* professores/as e equipas diretivas das escolas sobre a diversidade de género na infância e juventude. A urgência de ativar as transições de género em contexto escolar dos seus filhos e filhas leva-as frequentemente a utilizar todos os recursos à sua disposição para fazer compreender as suas necessidades, que até muito recentemente eram desconhecidas no contexto escolar. Os recursos que as famílias põem em prática são, antes de mais, a sua própria experiência de vida, em particular as narrativas que as mães contam sobre a descoberta da transexualidade das suas filhas e filhos. Nestas narrativas, a precocidade

dos comportamentos femininos ou masculinos na criança, as suas exigências de tratamento de acordo com as suas identificações de género, as suas preferências do "outro género" e, em alguns casos, a hipótese de "sexo cerebral" (Serret, 2009) são colocadas no centro da história. A experiência vivida e narrada pelas famílias aparece assim como o primeiro critério de autoridade e como um argumento incontestável, especialmente quando quem narra é uma mãe. Além disso, sobretudo graças ao *apoio de associações*, cada vez mais estes processos são sustentados por documentos e *recursos educativos que são elaborados e oferecidos às escolas*. Associações e, por vezes, no caso espanhol, centros de saúde podem também disponibilizar uma ligação a sexólogos/as e especialistas na área da saúde ou psicossocial que vêm dar palestras e conselhos a professores/as e direções das escolas. Na ausência destes/as profissionais e frequentemente nas fases iniciais dos processos de transição, são as próprias famílias que vão diretamente às escolas para (in)formar os/as professores/as.

Um dos elementos inovadores tem a ver precisamente com o empoderamento das famílias e das próprias crianças e jovens em termos de reivindicação dos seus direitos, dada a consciência crescente das famílias e também de parte do pessoal docente sobre o quadro regulamentar de proteção. Tudo isto contribui para uma consciência acelerada por parte das autoridades educativas da seriedade deste tipo de violência escolar, da responsabilidade do próprio sistema educativo no reconhecimento da diversidade dos/as estudantes e da necessidade de estabelecer canais para a sua adequada gestão e para a prevenção do *bullying*. Entre estes canais, os *protocolos específicos para a inclusão de pessoas trans na escola* e para a luta contra a transfobia que foram aprovados em Espanha a nível regional e em Portugal a nível nacional nos últimos anos devem ser aqui destacados. Estes protocolos procuram assegurar que a pessoa seja tratada de acordo com o nome e género desejado, que a documentação administrativa da escola (listas de turmas, boletins de notas, cartões de estudante, etc.) seja adequada ao novo nome e género, e que seja permitida a utilização de vestuário, casas de banho e balneários adequados. Além disso, aponta-se a necessidade de realizar ações de sensibilização e formação sobre diversidade sexual, ações dirigidas especificamente a cada um dos diferentes grupos que compõem a comunidade educativa: estudantes, professores/as, pessoal não docente e famílias. Dada a novidade que representa um/a aluno/a que reivindica ou é reivindicado pela sua família como sendo trans, isto leva frequentemente à necessidade e à procura de

(in)formação urgente para professores/as e direções das escolas sobre diversidade de género. Neste sentido, a emergência de crianças trans é uma oportunidade para levar esta formação às escolas. No caso de existir uma criança ou jovens trans, é mais viável proporcionar este tipo de formação, nomeadamente com a entrada das associações LGBTI+ nas escolas, porque são os/as próprios/as professores/as e escolas que normalmente a solicitam, pois precisam de ferramentas para lidar com a nova situação.

Por outro lado, a investigação realizada em Espanha em contexto escolar permitiu aceder a experiências micro que mostram como a emergência de crianças trans ou que questionam as atribuições normativas de género pode contribuir para *transformar as pedagogias diferenciadoras* que estão na raiz do seu desconforto, tornando os/as professores/as conscientes de que certas dinâmicas escolares (a separação de raparigas e rapazes para certas atividades, particularmente as físicas) não contribuem para o bem-estar de todos/as os/as estudantes e podem ser alteradas. Assim, os casos individuais podem desencadear mudanças coletivas no sentido de desgenderizar as rotinas escolares e abordar a diversidade dos/as estudantes, organizando, por exemplo, eventos de sensibilização ou dias como a Semana da Diversidade promovida pelo diretor de uma escola rural em Cacabelos (León, Espanha) em 2017 e relatada numa manchete na imprensa local como segue: "O caso de uma rapariga transgénero no CRA de Quilós impulsiona a primeira semana da diversidade em Cacabelos"<sup>20</sup>. Deve também notar-se que em muitos casos são *os/as próprios/as estudantes trans que tomam a iniciativa e lideram os processos de informação, visibilidade e sensibilização* dirigidos aos/às professores/as e aos/às restantes estudantes (através de conversas, ações de protesto ou acuações artísticas, entre outras iniciativas).

Na pesquisa conduzida em Espanha, a proximidade aos/às professores/as e a sua capacidade de se constituírem em figuras acessíveis e emocionalmente envolvidas com os/as seus/suas alunos/as foi salientada por muitas das pessoas entrevistadas como um dos apoios mais importantes que tiveram - ou gostariam de ter tido - durante o seu tempo na escola. Esta situação parece apontar para que "o trabalho tutorial de qualidade e as relações de confiança entre professores/as e alunos/as são fatores protetores contra a formação de relações de confronto" nas escolas (Ponferrada & Carrasco, 2008, p. 17). As

---

<sup>20</sup> <https://www.elbierzodigital.com/caso-una-nina-transgenero-cra-quilos-evidencia-la-necesidad-educar-identidad-genero-diversidad-sexual/222449>

iniciativas "LGBTI+ tutoriais" que já existem em algumas escolas são interessantes e podem ser facilmente replicadas (Pichardo & De Stéfano, 2020, pp. 31-33). Além disso, os/as professores/as que são vistos como acessíveis podem tornar-se confidentes adultos/as que servem de ponte de comunicação com as famílias quando existem dificuldades ou conflitos entre as crianças e jovens e as suas famílias.

Não é raro os/as jovens pensarem que os/as professores/as não heterossexuais (assim como os/as professores/as trans e as professoras em geral) seriam mais sensíveis ou mais propensos/as a lidar e a compreender assuntos relativos à diversidade sexual. Meyer (2009) observa que, de facto, parece que quem não experimentou formas de opressão social como o racismo, sexismo ou trans/homofobia pode ter mais dificuldade em aprender a ver e compreender certos preconceitos de violência escolar como os que estão aqui em causa. Na pesquisa em contacto escolar espanhol, observou-se que as professoras e os professores LGBT estão a ser um importante fator de inovação em algumas escolas e estão a ajudar a introduzir a questão e a iniciar transformações no ambiente escolar que acabam por se tornar um compromisso coletivo da comunidade escolar.

Para concluir, as investigações apontam para que abordar a diversidade de género e sexual e a igualdade de género nas escolas de forma transversal e com um compromisso institucional explícito e visível tem um efeito claro na *redução das taxas de trans/homofobia e na percepção da segurança* sentida por estudantes particularmente vulneráveis, tais como os/as estudantes trans<sup>21</sup>. Consideramos esclarecedora a referência às palavras de Lydia, uma das raparigas transexuais entrevistadas num dos projetos de investigação (Puche, 2018). Lydia mudou de escola três vezes para escapar à violência trans/homofóbica a que foi sistematicamente sujeita. Contudo, na quarta e última escola que frequentou, que era uma escola onde havia um forte enfoque no respeito pela diversidade, a sua situação melhorou consideravelmente e o seu sentido de bem-estar e proteção, bem como os seus laços sociais e amizades, aumentaram:

---

<sup>21</sup> O Grupo de Investigação em Antropologia, Diversidade e Coexistência da Universidade Complutense de Madrid produziu dois documentários audiovisuais que permitem uma aproximação a algumas destas experiências inovadoras realizadas em Espanha (e os seus efeitos) narradas pelos/as seus/suas protagonistas (professores/as e estudantes): "[Jóvenes y diversidad sexual: transformando el presente, construyendo el futuro](#)" (2015) y "[Diversidad sexual y convivencia, una oportunidad educativa](#)" (2013).

[Na nova escola] as pessoas eram diferentes, havia muito mais respeito. É verdade que nesta escola fizeram muito mais coisas para sensibilizar, muito mais atividades, vinham dar muito mais palestras sobre sexualidade, sobre... Lembro-me de uma vez terem vindo falar sobre sexualidade, mas colocaram muita ênfase no género e digamos que as pessoas estavam um pouco mais conscientes ou, se não mais conscientes, pelo menos mais respeitosas. Tu podias ser quem quisesses ser. Por isso, não tive realmente quaisquer problemas e também penso que foi a altura em que mais me preocupei em fazer amigos, porque, claro, também não queria aproximar-me das pessoas, ou sempre achei muito difícil aproximar-me das pessoas, por isso afastava-me bastante. Até que decidi mudar isso e depois, tendo certas amizades, eles também me protegeram um pouco e garantiram que se alguém se viesse meter comigo, nada aconteceria, eles defender-me-iam. (Lydia, 21 anos, Espanha)

### **Conclusões. Desafios para o futuro**

O cenário de violência, resistência e inovações educacionais que descrevemos até agora apresenta múltiplas potencialidades e desafios para o futuro, ao mesmo tempo que implica alguns riscos que gostaríamos de salientar neste último ponto. Em primeiro lugar, não há dúvida de que a inclusão da diversidade de género em contextos educativos só agora começou, tanto em Portugal como em Espanha, pelo que há ainda um longo caminho de consolidação dos progressos que estão a começar a ser feitos.

Uma compreensão sistémica da diversidade sexual e de género, tal como a que aqui apresentamos, leva-nos necessariamente a relacionar os progressos na diversidade sexual e de género aos progressos na *igualdade de género*, que já têm uma história mais longa. Se as políticas de promoção da igualdade e cidadania de género assentam na erradicação do sexismo, definido como “conceito que abrange todos os preconceitos e formas de discriminação exercidas contra um indivíduo devido ao respetivo sexo” (Cardona, 2015: 9), o combate ao cisgenderismo cabe aqui inteiramente, como o demonstraram as experiências das pessoas trans na escola. E se uma das lacunas detetadas no sistema de ensino para o cumprimento das suas potencialidades no trabalho em prol da igualdade de género é a insuficiente integração da investigação produzida sobre género

na educação (Comissão Europeia, 2012), no âmbito dos Estudos sobre as Mulheres e dos Estudos de Género (Alvarez & Vieira, 2014), a estes deverão juntar-se os estudos sobre Transgénero e Diversidade de Género. A promoção da igualdade de género deverá incluir a diversidade de género, que a beneficia e a enriquece. A educação sexual ainda hoje começa com uma compreensão binária do sexo e do género – dois tipos de corpos diferentes que se desenvolvem em dois tipos distintos de trajetórias previsíveis (Pyne, 2014). A introdução de outras possibilidades, como as vivenciadas pelas crianças trans e diversas em termos de género, vem contribuir para perturbar a rigidez e flexibilizar as normas de género. Para todas as crianças e jovens e não apenas para aquelas que poderão recair na alçada do “transgénero” (Saleiro, 2017).

Por outro lado, é essencial a *visibilização* e o *reconhecimento* dos diversos itinerários de vida que se realizam desde a infância, proporcionando-lhes um acompanhamento crítico. O direito à identidade e expressão de género passa pelo direito à informação – sobre o que se é e os direitos que se tem. A recente visibilização de crianças e jovens trans é também possibilitada pela informação que vai estando mais acessível, se não na escola em outros meios (comunicação social, Internet). Mas a escola é o meio que oferece mais garantias, em termos de abrangência, qualidade dos conteúdos transmitidos e adequação à idade, tal como assumido pelo Comissário dos Direitos Humanos do Conselho da Europa (Conselho da Europa, 2014). Reforça-se a necessidade de revisão do conteúdo dos manuais escolares, já identificada para o combate às desigualdades de género (Alvarez & Vieira, 2014; Cardona, 2015), para que incorpore simultaneamente as questões trans, por exemplo não reproduzindo a associação automática entre corpos e identidades de género. A abertura colaborativa da escola a entidades da sociedade civil, nomeadamente associações LGBTI+, é também uma estratégia desejável, podendo ser potenciados instrumentos e práticas já disponíveis, como materiais pedagógicos e sessões de formação entre pares. Torna-se, ainda, essencial, garantir a concretização, em todas as escolas ibéricas, dos protocolos de reconhecimento do direito à identidade e expressão de género já contemplados nas recomendações e legislações.

É imprescindível, também, reforçar e implementar políticas públicas de formação de professores/as, destacando-se a formação em género e diversidade sexual para futuros/as docentes, nos vários cursos que podem desembocar no ensino. Uma formação

que atinja todos/as os/as professores e não apenas aqueles/as que, devido à sua sensibilidade individual e compromisso com a igualdade, apresentem uma maior predisposição. A comunidade educativa deve estar consciente de que a proteção dos/as estudantes contra todas as formas de discriminação com base no género e na sexualidade (bem como noutras fontes de discriminação: etnia, classe, aparência física, diversidade funcional) é da responsabilidade de todos/as os elementos que a constituem. Contamos com materiais de formação de formadores/as concebidos para facilitar este processo (por exemplo, Pichardo & De Stéfano, 2020).

O trabalho sobre as *masculinidades* é, neste sentido, essencial, pois a vigilância da masculinidade produz elevados níveis de violência nas escolas, uma vez que os rapazes são socializados no exercício diário do sexismo (a desvalorização do feminino), da homofobia e da transfobia como ferramentas para a identificação masculina e pertença ao grupo de pares (Pichardo & De Stéfano, 2015; Jociles, 2001). Por isso, como os estudos de género têm destacado, a necessidade de trabalhar, também na escola, a valorização das dimensões e traços associados ao feminino (Alvarez & Vieira, 2014), não tendo que permanecer confinados a quem é reconhecido como rapariga/mulher. Mas as experiências trans demonstram ainda a necessidade de trabalhar no sentido de que as dimensões socialmente associadas à masculinidade e à feminilidade podem ser expressas e incorporadas, em diversas combinações, independentemente do sexo com que se nasce.

Esta nova abordagem deveria conduzir-nos a uma *mudança de paradigma*: da consideração habitual das pessoas trans como pessoas "presas no corpo errado" para o *reconhecimento da diversidade corporal e da pluralidade de formas de habitar o (trans)género*, independentemente da anatomia com que se nasce (Missé, 2018). Com mais visibilidade no caso espanhol, são cada vez mais frequentes entre as famílias a adoção de novos imaginários trans que não passam por alterar o corpo, assumindo identidades, papéis e expressões de género diversas, através de um acompanhamento afirmativo desde a infância centrado na autoestima corporal (Puche, 2018).

É importante, por outro lado, que embora reconhecendo e facilitando o direito das pessoas trans a viver plenamente a sua vida escolar e social através de transições "de um género para outro" dentro de um quadro dicotómico, sejam também *oferecidas possibilidades amplas para o desenvolvimento da personalidade para além dos modelos*

*hegemónicos* de masculinidade e feminilidade. Evitando-se assim o risco de permitir criar, na imaginação coletiva, um único meio (os itinerários trans(exuais)) para a dissidência e rutura da ordem do género que acontecem na infância e na juventude. Neste sentido, é de grande interesse *aprender com os/as próprios/as estudantes*, que estão constantemente a inventar novas formas de relacionamento e identificação para além dos estabelecidos.

A condição de êxito destas mudanças é, evidentemente, a erradicação de todas as formas de violência transfóbica nas escolas e nas sociedades e, além disso, a implementação de formas alternativas de convivência não sexista para toda a comunidade educativa. As escolas e as universidades - o sistema educativo, em suma - são instituições capazes de aprender e de se auto transformar (Tintoré, 2010). De facto, são espaços ideais para *experimentar formas alternativas de convivência* a partir de posições inclusivas, uma vez que são espaços altamente regulados. Entre as diferentes medidas que poderiam ser tomadas para construir novos ambientes de convivência igualitária e inclusiva contam-se as seguintes: (i) a diversificação das atividades que têm lugar nos recreios ou campos desportivos, atualmente colonizados pelo futebol e o exercício da masculinidade hegemónica (Molins-Pueyo, 2012); (ii) a criação de espaços não sexistas e visivelmente amigáveis à diversidade (de qualquer tipo) através de sinalização, atividades académicas, a existência de cargos ou órgãos de referência em matéria de diversidade compostos por pessoal docente, materiais à disposição dos/as estudantes, os livros à disposição nas bibliotecas, etc.; (iii) a criação nas escolas de espaços e tempos de diálogo e reflexão crítica sobre questões de afeto, a experiência da sexualidade, a construção do desejo e a masculinidade e feminilidade tradicionais; (iv) a implementação de atividades desportivas mistas e anti sexistas que valorizem todos os corpos, aparências e capacidades físicas (Fuentes, 2015); (v) a conceção de espaços mistos em vez dos que são segregados por género (sanitários, balneários) e a proposta de inovações arquitetónicas que favorecem a vida comunitária, garantindo ao mesmo tempo a privacidade individual; (vi) paralelamente, o desenvolvimento de programas de sensibilização e "tolerância zero" para qualquer forma de agressão sexual contra raparigas e mulheres em espaços comuns; (vii) a reinvenção de festividades, celebrações e rituais a partir de perspetivas não sexistas e não heteronormativas. Tudo isto com base num compromisso coletivo com uma cultura contra todas as formas de violência, assédio e abuso de poder.

## Referências

- Abreu, R. L., & Kenny, M. C. (2018). Cyberbullying and LGBTQ youth: A systematic literature review and recommendations for prevention and intervention. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(1), 81-97.
- Alvarez, T. & Vieira, C. (2014). O papel da educação no caminho que falta percorrer em Portugal na desconstrução dos estereótipos de género: breves reflexões. *Exedra*, 8-17.
- Alventosa del Río, J. (2015). La regulación de la identidad de género en las comunidades autónomas. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 2, 745-760.
- Ansara, Y. G. & Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologizing and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3(2), 137-160.
- Barragán-Medero, F. & Pérez-Jorge, D. (2020). Combating homophobia, lesbophobia, biphobia, and transphobia: A liberating and subversive educational alternative for desires. *Heliyon*, 6(10), e05225.
- Benítez, E. (coord.) (2016). *Ciberbullying LGBT-fóbico. Nuevas formas de intolerancia*. Madrid: COGAM.
- Brill, S. & Pepper, R. (2008). *The transgender child*. Cleis Press.
- Bryant, K. (2006). Making Gender Identity Disorder of Childhood: Historical Lessons for Contemporary Debates. *Sexuality Research and Social Policy*, 3(3), 23-39.
- Cambrollé, M. (2015). En España los derechos de las personas trans se han conseguido gota a gota. *ATA – Asociación de Transexuales de Andalucía* [Página web]. <http://www.atandalucia.org/2015/02/en-espana-los-derechos-de-las-personas.html>
- Cardona, M. J. (coord.), Nogueira, C., Vieira, C., Uva, M & Tavares, T. (2015). *Guião de Educação Género e Cidadania. Pré-Escolar*. Lisboa: CIG.
- Coll Planas, G.; Bustamante i Senabre, G. & Missé, M. (2009). *Transitant per les fronteres del gènere: Estratègies, trajectòries i aportacions de joves trans, lesbianes i gais*. Barcelona: Secretaria de Joventut – Generalitat de Catalunya.

- Comissão Europeia (2012). *Exchange of good practices on gender equality. Gender Training in Education. Summary report*, [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/tools/summary\\_report\\_pt2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/tools/summary_report_pt2012_en.pdf)
- Comissão Europeia (2015). *Eurobarometer on discrimination 2015. General perceptions, opinions on policy measures and awareness of rights. Factsheet*, [ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/files/factsheet\\_eurobarometer\\_fundamental\\_rights\\_2015.pdf](http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/files/factsheet_eurobarometer_fundamental_rights_2015.pdf)
- Council of Europe (2010). *Recomendação do Comité de Ministros aos Estados-Membros sobre medidas para o combate à discriminação em razão da orientação sexual ou da identidade de género*, [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016804d0f6d](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016804d0f6d)
- Council of Europe (2011). *Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in Europe*. Paris: Council of Europe Publishing.
- Council of Europe (2014). *Human Rights comment LGBTI children have the right to safety and equality*, <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/lgbti-children-have-the-right-to-safety-and-equality>
- De Stéfano, M.; Puche, L. & Pichardo, J. I. (2015). El compromiso de la investigación social en la construcción de otra escuela posible. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 82 (29.1).
- Devor, H. (1989). *Gender Blending. Confronting the Limits of Duality*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59, 337-356.
- Elipe, P., Muñoz, O. & Del Rey, R. (2018). Homophobic Bullying and Cyberbullying: Study of a Silenced Problem. *Journal of Homosexuality*, 65 (5), 672-686.
- Enke, A. (F.) (2012). The education of little cis: cisgender and the discipline of opposite bodies. Em A. (F.) Enke (edit), *Transfeminist Perspectives in and behind Transgender and Gender Studies* (pp. 60-80). Philadelphia: Temple University Press.

- FRA – Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2014). *Ser Trans na UE: Análise comparativa dos dados do inquérito LGBT europeu*. Viena: FRA.
- Fuentes M. & Jorge, J. (2015). *Educación física y deporte en personas trans: una aproximación cualitativa*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Gallardo, E. & Espinosa, M. (2021). Sobre la imposición del sistema género y la transfobia: Historias de niñxs crativxs con el género y jóvenes trans\*. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 16(1), 115-134.
- Gavilán, J. (2016). *Infancia y transexualidad*. Madrid: Catarata.
- Gillis, L. Popowich, D., Hyman, L., Skelton, J. & Barrass, S. (2019). *Trans and non-binary children and youth in Ontario: A roadmap for improving services and supports*. Toronto, Rainbow Health Ontario.
- Guasp, A.; Ellison, G. & Satara, T. (2014). *The Teacher's report 2014: Homophobic bullying in Britain's schools*. Londres: Stonewall & Education for All.
- Hill, D., Menvielle, E., Sica, K. & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36, 6–23.
- Jociles, M. I. (2001). El estudio sobre las masculinidades. Panorámica general, *Gazeta de Antropología*, 17.
- Juliano, D. (2004). *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*, Madrid: Cátedra.
- Juliano, D. (2017). *Tomar la palabra. Mujeres, discursos y siléncios*. Barcelona: Bellaterra.
- Kennedy, N. (2010). Transgender children: more than a theoretical challenge. *Graduate Journal of Social Sciences*, 7(2), 25-43.
- Klein Díaz, E. (2017). *Mapping Spain's autonomic legislation on gender identity: the impact on trans children's rights in schools*. Trabajo Fin de Máster. Universidad de Viena.
- Leal, D. & Castro, T. (2021). *Come to the Rainbow School. Guia para professor@s inclusiv@s*, <https://itgetsbetter.pt/come-to-the-rainbow-school>

- Lev, A. I. (2004). *Transgender Emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Haworth Clinical Practice Press.
- Maldonado, J. (2014). El derecho y los menores transexuales: situación actual y medidas para garantizar el respeto a sus derechos fundamentales. Ponencia en el *II Encuentro Nacional de Familias de Menores Transexuales*, 18/10/2014.
- Malpas, J. (2011). Between Pink and Blue: A Multi-Dimensional Family Approach to Gender Nonconforming Children and their Families. *Family Process*, 50(4), 453-470.
- Maquieira, V. (2005). Género, diferencia y desigualdade. Em V. Maquieira & E. Beltrán (Ed.) *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza.
- Meadow, T. (2011). 'Deep down where the music plays'. How parents account for childhood gender variance. *Sexualities*, 14(6), 725-747.
- Menvielle, E. (2012). A comprehensive program for children with gender variant behaviours and gender identity disorders. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 357-368.
- Meyer, E. J. (2009). *Gender, Bullying and Harassment. Strategies to End Sexism and Homophobia in Schools*. Nueva York: Teachers College Press.
- Meyer, E. J. & Sansfaçon, A. P. (2014). *Supporting Transgender & Gender Creative Youth. Schools, Families and Communities in Action*, Nueva York: Peter Lang.
- Missé, M. (2018). *A la conquista del cuerpo equivocado*. Madrid: Egales.
- Molins-Pueyo, C. (2012). Patios escolares y diversidad sociocultural en Cataluña. Una investigación sobre usos y posibilidades para el juego y el aprendizaje. *Papers*, 97/2, 431-460.
- Moreno O. & Puche, L. (2013). *Transexualidad, adolescencias y educación. Miradas multidisciplinares*. Madrid: Egales.
- Penna Tosso, M. (2012). *Formación del profesorado en la atención a la diversidad afectivo-sexual*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Peterson, C., Matthews, A., Copps-Smith, E. & Conard L.A. (2016). Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging

- Adults with Gender Dysphoria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 475-482.
- Pichardo, J. I. (Ed.) (2009). *Adolescentes ante la diversidad sexual. Homofobia en los centros educativos*. Madrid: Catarata.
- Pichardo, J. I. & De Stéfano, M. (eds.) (2015). *Diversidad sexual y convivencia: Una oportunidad educativa*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Pichardo, J. I. & De Stéfano, M. (eds.) (2020). *Somos diversidad. Actividades para la formación de profesionales de la educación en diversidad sexual, familiar, corporal y de expresión e identidad de género*. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y Ministerio de Igualdad.
- Pichardo, J. I. & Moreno, O. (2015). Diversidad sexual y convivencia: perspectivas del profesorado. Em J. I. Pichardo & M. De Stéfano (eds.), *Diversidad sexual y convivencia: Una oportunidad educativa*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Pichardo, J. I. (Coord.) (2015). *Abrazar la diversidad: propuestas para una educación libre de acoso homofóbico y transfóbico*. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. NIPO: 685-15-024-5.
- Platero, R. (L.) (2014). *Trans\*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Bellaterra.
- Platero, R. (L.) (2014). The influence of Psychiatric and legal discourses on parents of gender non-conforming children and youths in Spain. *Journal of GLBT Family Studies*, 10, 145-167.
- Plummer, K. (1995). *Telling Sexual Stories: Power, Change and Social Worlds*. Nueva York & Londres: Routledge.
- Ponferrada Arteaga, M. & Pons, S. C. (2008). Climas escolares, malestares y relaciones entre iguales en las escuelas catalanas de secundaria. *Revista d'estudis de la violència*, 4.
- Puche, L. (2015). La disconformidad de sexo-género como fuente de discriminación escolar: variantes de género (transexuales, transgénero, queer) en las aulas. Em J.

- I. Pichardo & M. De Stéfano (eds.), *Diversidad sexual y convivencia: Una oportunidad educativa*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Puche, L. (2018). *Infancias y juventudes trans. Una aproximación desde la Antropología Social*. Tese de Doutoramento em Antropologia Social. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Pyne, J. (2014). Gender independent kids: A paradigma shift in approaches to gender non-conforming children. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(1), 1-8.
- Rahilly, E. (2015). The gender binary meets the gender-variant child: Parents' negotiations with childhood gender variance. *Gender & Society*, 29(3), 338-361.
- Ramón Fernández, F. (2017). *Menor y diversidad sexual. Análisis de las medidas de protección en el ordenamiento jurídico español para la identidad de género*, Valencia: Editorial de la Universitat Politècnica de València.
- Richard, Gabrielle & Chamberland, L. (2014). Violences homophobes, violences transphobes. Em K. Espinera, T. Maud-Yeuse & A. Alessandrin (eds.), *Tableau noir: Les transidentités et l'école*. Paris: L'Harmattan.
- Riley, E., Sitharthan, G., Clemson, L. & Diamond, M. (2013). Recognising the needs of gender-variant children and their parents. *Sex Education*, 13(6), 644–659.
- Ross-Epp, J. (1999). Escuelas, complicidad y fuentes de la violencia. Em J. Ross-Epp & A. Watkinson (eds.), *La violencia en el sistema educativo. Del daño que las escuelas causan a los niños*. Madrid: La Muralla.
- Rubin, G. (1986 [1975]). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30).
- Saleiro, S. P. (2013). *Trans Géneros: Uma abordagem sociológica da diversidade de género*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Lisboa: ISCTE-IUL.
- Saleiro, S. P. (2017). Diversidade de género na infância e educação: contributos para uma escola sensível ao (trans)género, *Ex-Aquo*, 36, 149-165.
- Saleiro, S. P. (2020). Famílias de crianças com identidades e expressões de género não normativas: Desafios e respostas no século XXI. Em E. P. Seller, J. Ferreira, M. D. Guerreiro & F. C. Jiménez (eds.), *Famílias, Identidades y Cambio Social en*

- España e Portugal. Siglos XIX-XXI. Perspectivas Comparadas Europeas* (pp. 263-282). Thomson Reuters Aranzadi.
- Sánchez, M., Penna, M. & De la Rosa, B. (2016). *Somos como somos. Deconstruyendo y transformando la escuela*. Los Libros de la Catarata.
- Sanchís, R. (2021). *Els nostres cossos, els nostres drets (Guia d'Educació Sexual)*. Generalitat Valenciana.
- Sanger, T. (2010). Beyond gender and sexuality binaries in sociological theory: the case of transgender inclusion. Em S. Hines e T. Sanger (edits), *Transgender Identities. Towards a Social Analysis of Gender Diversity*, (259-276). New York: Routledge.
- Serret, E. (2009). La conformación reflexiva de las identidades trans. *Sociológica*, 24(69), 79-100.
- Stryker, S. (2008). *Transgender History*. Berkeley, CA: Seal Press.
- Suess, A. (2015). *Transitar por los géneros es un derecho. Recorridos por la perspectiva de despatologización*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Swain, J. (2000). The Money's Good, The Fame's Good, The Girls are Good: The role of playground football in the construction of young boys' masculinity in a junior school. *British Journal of Sociology of Education*, 21(1), 95-109.
- Takács, J. (2006). *Social Exclusion of Young Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People (LGBT) in Europe*. Brussels: ILGA Europe.
- Thorne, Barrie (2003[1993]). *Gender Play: Girls and Boys in School*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Tintoré, M. (2010). *Las universidades como organizaciones que aprenden*. Tesis doctoral. Universitat Internacional de Catalunya.
- Whittle, S., Lewis, T. & Al-Alami, M. (2007). *Engendered Penalties: Transgender and Transsexual Peoples' Experiences of Inequality and Discrimination*. Manchester: Press for Change/Manchester Metropolitan University.
- Yogyakarta Principles (2007). *Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*. [www.yogyakartaprinciples.org](http://www.yogyakartaprinciples.org),

[http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles\\_en.pdf](http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_en.pdf)

Yogyakarta Principles Plus 10 (2017). *Additional Principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement Yogyakarta Principles.*

[www.yogyakartaprinciples.org](http://www.yogyakartaprinciples.org),

[http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5\\_yogyakartaWEB-2.pdf](http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf)

## Capítulo 6

# **(Des)Construção das Identidades de Mulheres Trans Migrantes Trabalhadoras do Sexo em Portugal**

Sofia Costa & Liliana Rodrigues

## **Resumo:**

Este trabalho procura abordar a experiência de migração de três mulheres trans, integrando esta experiência nas suas (des)construções identitárias. Com este trabalho não procuramos associar qualquer identidade ao exercício de trabalho sexual, apenas analisar um percurso possível e legítimo. A partir de uma lente feminista interseccional será analisada a forma como diferentes sistemas de privilégio e opressão criam uma experiência de migração distinta para estas mulheres. Para concretizar estes objetivos, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, a pessoas que nasceram no Brasil, migraram para Portugal onde exercem ou exerceram trabalho sexual, e se identificam como mulheres trans. Procedeu-se à análise dos dados, seguindo as orientações de Virginia Braun e Victoria Clarke (2006, 2013, 2018), partindo de um paradigma construcionista, feminista trans e interseccional. Perspetivamos a identidade como construída socialmente, e autodeterminada, e as pessoas que exercem trabalho sexual como portadoras de agência. Da análise dos dados surgiram três temas. Neste trabalho vamos aprofundar um dos temas “Ser-se trans: conceções transfóbicas e multiplicar de opressões”. Entre as principais conclusões desta investigação, destaca-se os percursos marcados pela transfobia e cissexismo, a forma como os diferentes sistemas de privilégio e opressão colocam a pessoa numa experiência de discriminação distinta. Abordamos a forma como a passabilidade poder ser, simultaneamente, um sistema de privilégio e opressão.

## **Introdução**

Ser-se mulher trans, migrante e trabalhadora do sexo pode colocar a pessoa numa situação de maior vulnerabilidade, exclusão, marginalização e violência, pelo multiplicar de opressões (Rodrigues, 2016). Segundo o *Trans Murder Monitoring*, de 1 de outubro de 2020 a 30 de setembro de 2021, foram assassinadas pelo menos 375 pessoas trans em todo o mundo. Registando-se um aumento de 7% relativamente ao mesmo período do ano anterior. Destes 375 assassinatos, 96% das vítimas eram mulheres trans e 58% exercia trabalho sexual. Verifica-se que 70% dos assassinatos ocorreram na América Central e do Sul, sendo o Brasil, o país onde ocorre a maioria das mortes (33% - 125 mortes). Verifica-se ainda que 43% das pessoas assassinadas na Europa são migrantes (TGEU, 2021).

Torna-se necessário olhar para estes dados através de uma lente interseccional. Estes dados traduzem a desigualdade de género, o racismo, a xenofobia, a putafobia<sup>22</sup>, entre outros sistemas de opressão. Segundo o TGEU (2021), a maioria das vítimas são mulheres trans negras, migrantes e trabalhadoras do sexo.

Segundo Belizário (2018) e de acordo com dados os provenientes da TAMPEP (2009a) metade das pessoas trans que exercem trabalho sexual na Europa é migrante, sendo que na Península Ibérica este valor chega aos 80%. A maioria das migrantes são da América Latina (TAMPEP, 2009a) pelo que Belizário (2018) afirma que a maioria do trabalho sexual trans, em Portugal e em Espanha é realizado por travestis<sup>23</sup>". Esta migração pode ocorrer por conta da violência transfóbica, visto ser na América do Sul e Centro que ocorre a maioria dos homicídios de pessoas trans (TGEU, 2016).

Partirmos de um paradigma feminista trans, pelo que perspetivamos as identidades como autodeterminadas, sendo todos os corpos e identidades autodeterminadas legítimas (Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2014, 2018, 2021). Assim como, um pensamento interseccional de opressões e privilégios para além do cissexismo (Jesus, 2012a, 2014; Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2014, 2018, 2021). Assumir uma lente feminista trans interseccional permite-nos uma maior abrangência e compreensão das vivências concretas destas mulheres, bem como nos possibilita problematizar os múltiplos sistemas de opressão a que estão sujeitas.

### **Aproximações terminológicas ao redor das identidades trans**

Sexo e género são dois conceitos distintos. O sexo refere-se à genitália e aos cromossomas que a pessoa possui<sup>24</sup> (Jesus, 2012a; Couto, 2013). Seguindo o pensamento de Judith Butler (1999) não existe um corpo anterior à cultura, assim o sexo manifesta-se construído socialmente e culturalmente, não sendo fixo, intrínseco, nem anterior ao género. O género representa uma invenção das sociedades humanas, e um acordo que existe nas interações sociais daquilo que é tipicamente feminino ou masculino (Butler,

---

<sup>22</sup> O termo putafobia refere-se à discriminação e preconceito contra pessoas que exercem trabalho sexual.

<sup>23</sup> Identidade muito própria do Brasil, que se afasta do modelo biomédico, procurando a modificação corporal, mas não desejando a cirurgia de resignação sexual (Belizário, 2018, Rodrigues, 2016). Importante não confundir com "*crossdresser*".

<sup>24</sup> Relativamente ao sexo uma pessoa poderá pertencer ao sexo feminino, masculino ou ser uma pessoa intersexo. Considera-se que uma pessoa é intersexo quando os cromossomas, hormonas, genitália, gónadas ou características secundárias apresentam características que não permitem definir o sexo das pessoas como feminino ou masculino (Santos, 2013).

1999; Couto, 2013; Jesus, 2012a; Nogueira, 2001, 2004, 2017). Podemos assim afirmar que este não é fixo, nem reflexo do sexo (Butler, 1999), sendo antes performativo, frágil, instável e mutável (Butler, 1999; Ramalho, 2019), algo que nos é imposto e ensinado por normas de controlo de sexualidade, que nos separam em homens e mulheres, produzindo subjetividades heterossexuais (Butler, 1999; Ramalho, 2019), consequentemente “uma imitação sem original” (Butler, 1999, p. 175).

A aprendizagem do género passa por um conjunto de práticas performativas, como a escolha da roupa ou características de comportamento. Estas práticas são repetidas diariamente e sucessivamente, criando uma sensação de “realidade”, produzindo a ilusão de que o género é estável, permanente e construído por uma “essência”. Estas práticas são aprendidas durante toda a nossa vida, começando na infância, ditando o que é ou não socialmente aceitável. Construindo-se uma matriz cisheteronormativa, isto é, uma perceção de congruência entre sexo, género e orientação sexual heterossexual como natural, levando à marginalização de quem não se constrói desta forma (Butler, 1999). O processo de construção do género está assente numa estratégia de poder e dominação (Ramalho, 2014), sendo estruturada em princípios como a masculinidade hegemónica (Almeida, 2018; Ramalho, 2014) e a sexualidade heteronormativa (Butler, 1999; Ramalho, 2014).

Compreendendo que o género não é reflexo do sexo (Butler, 1999), percebemos que existem pessoas que se constroem numa conformidade entre o sexo que lhes foi designado à nascença e o género com que se identificam (cisgénero), e pessoas que se constroem fora desta conformidade (transgénero). O termo transgénero é um termo abrangente que engloba um grupo diversificado de pessoas que não se identificam com os comportamentos socialmente atribuídos ao sexo que lhes foi atribuído à nascença (Jesus, 2012a). Uma pessoa trans, é alguém que prefere ou escolhe apresentar-se, em termos de linguagem, vestuário, acessórios, cosméticos ou modificação corporal, de uma forma que entra em conflito com as expectativas socialmente atribuídas a cada sexo (TGEU, 2018).

Consideramos que uma mulher trans é alguém a quem à nascença foi atribuído o sexo masculino, identificando-se com o género feminino, independentemente das alterações corporais e legais efetuadas. A sua não conformidade com as normas impostas pela sociedade, pode colocá-la numa situação de maior vulnerabilidade. Uma

vulnerabilidade que resulta da existência de um sistema opressivo, que privilegia as pessoas cis em relação às pessoas trans, que pode ser chamado de cissexismo (Alves, 2012, Platero, 2014, Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2018). Este *cistema*<sup>25</sup> manifesta-se, por exemplo, no modo como os indivíduos, organizações e entidades públicas não valorizam as experiências das pessoas trans (Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2014).

As pessoas trans sofrem de violência em diversos contextos (Castilho, 2018; Jesus, 2012b; Oliveira, 2018; Ramalho, Barroso & Santos, 2015; Ramalho, 2019; Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2014; NSW, 2014). Este *cistema* de opressão resulta em atos estigmatizantes, discriminatórios e até violentos contra pessoas trans que podem originar a morte destas pessoas (Jesus, 2012a, 2012b, 2013a; Nogueira, 2017; Platero, 2014).

A escola manifesta-se, muitas vezes, como um local de abuso, exclusão (Fedorko & Berredo, 2017) e bullying (Fedorko & Berredo, 2017; Gomes, 2014), tendo as suas “*identidades desconsideradas, policiadas e punidas*” (Fedorko & Berredo, 2017, p.8). Ser expulso/a de casa, é uma situação frequente quando se assume a identidade trans (Fedorko & Berredo, 2017; Ramalho, Barroso & Santos, 2015; Rodrigues, 2016). Os/As profissionais das instituições públicas tendem a estar desinformados/as (Ramalho, Barroso & Santos, 2015) sobre o tema estigmatizando, discriminando e violentando estas pessoas (Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2014).

Em Portugal, e até 2011 as pessoas trans só poderiam alterar a sua identidade de género colocando um processo em tribunal. Em 2011, surgiu a Lei nº 7/2011, de 15 de Março, que permitiu que qualquer pessoa portuguesa, maior de idade e detentora de um relatório clínico que atestasse que possuía uma “Perturbação de Identidade de Género” pudesse alterar o seu nome e identidade de género numa conservatória do registo civil. Apesar desta lei, permitir um avanço, as pessoas trans continuavam a passar por avaliações, não conseguindo suprimir inteiramente os processos desumanizantes de avaliação (Rodrigues, 2016; Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2015), nem reconhecia a variabilidade de identidades e corpos desejados possíveis, por assumir uma trajetória relativamente homogénea. Berenice Bento (2003) partilhou que as pessoas que procuram as cirurgias de resignação sexual, fazem-no para que as outras pessoas reconheçam a sua

---

<sup>25</sup> A substituição do “s” por “c” na palavra sistema, procura dar enfoque ao sexismo e cissexismo presentes na sociedade.

identidade de género. Tornando-se emergente alterar a conceção social de regularização e hierarquização de corpos e identidades, promovendo a transformação social no sentido do respeito pela diversidade de corpos e identidades possíveis e legítimas.

Em Portugal, em 2013, a identidade de género passa a ser considerada uma agravante dos crimes de ódio (Lei n.º 19/2013). Em 2015, considera-se que uma pessoa não pode ser discriminada no acesso, formação e promoção do trabalho pela sua identidade de género (Lei n.º 28/2015). Em 2018 é promulgada a lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, que garante o direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género, e a proteção das características sexuais de cada pessoa. Esta lei permite que uma pessoa com cidadania portuguesa altere o nome e identidade de género aos 16 anos, sem a necessidade de um diagnóstico. Esta lei garante um avanço significativo, visto retirar a patologização das identidades trans, no entanto esta lei não contempla não contempla todas as pessoas trans, por exemplo, não inclui pessoas migrantes.

Em 2019, é promulgado o despacho n.º 7247/2019, de 7 de agosto, onde se decreta que quando ainda não existe a alteração do nome e sexo, e seja necessário utilizar os dados referentes no cartão de cidadão, pode-se colocar as iniciais dos nomes lá presentes e o nome pelo qual a pessoa se identifica. Decreta, ainda, que o sistema educativo deve promover o exercício do direito à autodeterminação de género e expressão de género, inclusive, implementando medidas de prevenção e combate à discriminação.

Este decreto gerou desde logo polémica e petições pedindo a sua suspensão, que contaram com mais de 36 mil assinaturas. O decreto foi analisado pelo tribunal constitucional, que considerou o número 1 e 3 do artigo 12º da lei n.º 38/2018 e o despacho n.º 7247/2019 inconstitucionais (CIG, 2021), por se tratar de regulamentação que diz respeito à Assembleia da República e não ao Governo. Estas alterações não conduziram à inconstitucionalidade da lei n.º 38/2018, apenas se retirou a responsabilização do estado garantir que todos os estabelecimentos de ensino público e privado promovam o exercício do direito à autodeterminação e expressão de género.

No que toca às questões do trabalho sexual, em Portugal, pode referir-se que a prostituição não é crime, tendo sido despenalizada em 1982 (Oliveira, 2017). O único crime relacionado com esta atividade é o crime de lenocínio. Este crime visa punir quem, profissionalmente ou com fins lucrativos, promover, encorajar ou facilitar a prostituição de outra pessoa (artigo 169º CPP). Apesar da prostituição estar despenalizada, não existe

um reconhecimento formal do trabalho sexual, não existindo leis laborais ou tributárias. A falta de reconhecimento formal do trabalho sexual faz com que exista preconceito, discriminação e estigma face a esta ocupação e as pessoas que nela se inserem, insegurança nos locais de trabalho, entraves no acesso aos cuidados de saúde para quem é migrante e respostas inapropriadas da polícia frente às queixas apresentadas pelos/as profissionais do sexo (APDES, RTS & Peixoto, 2012; NSWP, 2015; Oliveira, 2017; OSF, 2015).

Na década de 90 o número de migrantes no trabalho sexual passou de residual a muito expressivo (Oliveira & Manita, 2002; Oliveira, 2016). As pessoas migrantes representam 42% dos/as trabalhadores/as do sexo na Europa, e 56% em Portugal (TAMPEP, 2009a), no entanto mesmo nos países em que existem leis laborais ou tributárias as pessoas migrantes são sistematicamente excluídas. Ser migrante pode colocar a pessoa que exerce trabalho sexual numa situação de maior vulnerabilidade, segundo o *Trans Murder Monitoring*, 58% das pessoas assassinadas exerciam trabalho sexual e 43% das pessoas assassinadas na Europa eram migrantes.

Quando a pessoa migrante não tem a sua situação regularizada, encontra-se numa posição de desproteção social e jurídica (NSWP, 2014). O vazio legal existente em Portugal face a esta atividade, faz com que as pessoas migrantes, que exercem trabalho sexual, não possam adquirir autorização de residência através do exercício de trabalho sexual (TAMPEP, 2019b). Não ter autorização de residência pode fazer com que as pessoas não recorram a diversos serviços de saúde, por medo de ser denunciadas ao Serviço de Emigração e Fronteiras (TAMPEP, 2009b). Estas situações e o enquadramento legislativo reforçam o estigma, que pode resultar num maior isolamento, perda de laços sociais, falta de bem-estar e autoestima, restrição da liberdade, exploração e violência (Oliveira, 2013).

Tendo por base uma perspetiva interseccional, necessitamos de compreender que o género não é um componente isolado da identidade pessoal. Fazer género relaciona-se com a “raça” ou etnia, a classe, a orientação sexual, a nacionalidade, o estatuto migratório, entre outros (Nogueira, 2004, 2017). Assim deve-se compreender que todas as pessoas se encontram em diferentes posições de opressão e privilégio, resultando numa experiência de discriminação única (Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2018), não podendo ser compreendida por camadas removíveis e separadas (Nogueira, 2017).

A construção identitária ocorre a partir de experiências sociais vividas na relação com os/as outros/as (Butler, 1999; Nogueira, 2017) e da percepção que estes/as outros/as possuem de nós próprios/as (Ramalho, 2019). A construção identitária, tal como o género, não é fixa ou estável, definindo-se e (des)contruindo-se ao longo da vida através de negociações com os diferentes contextos onde nos inserimos, de acordo com as conceções partilhadas e das possibilidades linguísticas existentes (Nogueira, 2017; Ramalho, 2019).

Ser uma mulher trans que exerce trabalho sexual, leva a um multiplicar de opressões, sendo estigmatizadas por exercer trabalho sexual e pela sua identidade de género não conforme (Oliveira, 2018). As respostas sociais para esta população são muito limitadas e desadequadas, o HIV é mais elevado nas pessoas trans que exercem trabalho sexual quando comparado com as restantes pessoas que exercem trabalho sexual (Ramalho, Barroso & Santos, 2015; Weitzer, 2009), os serviços de saúde são insuficientes (Ramalho, Barroso & Santos, 2015), há uma limitação no acesso a informação sobre HIV, tratamento hormonal e/ou cirúrgico que leva ao recurso a tratamentos clandestinos e com graves riscos para a saúde como a injeção de silicone industrial (Ramalho, Barroso e Santos, 2015; Rodrigues, 2016; Ramalho, 2019) e autoadministração de hormonas (Ramos, Teixeira, Cruz & Fernandes, 2014; Ramalho, 2019). Esta população também é marcada pelo isolamento (Oliveira, 2018; Ramalho, Barroso & Santos, 2015; Ramalho, 2019) que é agravado pela forte mobilidade<sup>26</sup> (Ramalho, Barroso & Santos, 2015) comum em quem exerce trabalho sexual em Portugal (TAMPEP, 2009a).

Boglarka Fedorko e Lukas Berredo (2017) afirmam que as motivações das pessoas trans para a entrada no trabalho sexual é tão diversa como as das pessoas cisgénero. Contudo, a violência transfóbica experienciada ao longo da vida, que se exprime em diferentes contextos, como a escola e o acesso ao mercado formal de trabalho, (Castilho, 2018; Oliveira, 2018; Ramalho & col., 2013; Ramalho & col., 2015; Ramalho, 2019) contribuem para a elevada proporção de pessoas trans nesta atividade (Fedorko & Berredo, 2017; NSW, 2014). Esta exclusão, faz com que uma das principais motivações, para a entrada de mulheres trans no trabalho sexual, sejam dificuldades económicas (Oliveira, 2018). Para as mulheres trans, o trabalho sexual demonstra-se, por vezes, como

---

<sup>26</sup> A mobilidade refere-se à prática habitual dos/as trabalhadores/as do sexo mudarem regularmente de local onde exercem a sua atividade (TAMPEP, 2009a).

a melhor ou única opção de obter rendimentos (Fitzgerald, Patterson, Hickey, Biko & Tobin, 2015).

Outra grande motivação para a entrada nesta atividade, prende-se com a sua (des)construção identitária (Oliveira, 2018; Ramalho, 2014, 2019). O trabalho sexual pode-se manifestar como um local em que os seus corpos (Rodrigues, 2016) são legitimados, valorizados e desejados (Ramalho, 2014, 2019), contrariamente a uma sociedade que vê estes corpos como abjetos (Bento, 2011). Neste sentido, o trabalho sexual pode surgir como um local de acolhimento, reconhecimento e de valorização (Belizário, 2018; Moira, 2016; Ramalho, 2014, 2019), uma forma de adquirir rendimentos, com menor violência transfóbica (Fedorko & Berredo, 2017; NSWP, 2014). Transformando-se num espaço social em que as mulheres trans podem expressar de forma mais livre a sua feminilidade e identidade de género (Belizário, 2018; Ramalho, 2014; Ramalho, 2019).

Esta construção identitária, no contexto de trabalho sexual, não é, contudo, isenta de preconceitos e transfobia. A (des)construção de identidades e corpos que ocorre neste contexto é marcada por regras sociais que são passadas de mulheres trans mais velhas para as mais novas, que ditam a imagem que é valorizada, hierarquizando e marginalizando corpos, identidades e feminilidades (Amaral, 2021).

Esta (des)construção identitária é performatizada e materializada através da manipulação do corpo (Belizário, 2018), que se expressa através de um conjunto de experiências de socialização, incorporando os discursos e as manipulações corporais disponíveis ao longo do percurso de vida das pessoas. Pelo que as definições de masculinidade ou feminilidade são construídas e reconstruídas a partir de experiências em contexto social (Pessoa, 2020). Sendo por meio do corpo que vivem o preconceito, trabalho e a sua própria existência (Belizário, 2018), corpo construído e desejado como feminino que é interpretado como abjeto (Belizário, 2018; Bento, 2011). Assim, cria-se uma identidade social que é vivenciada através do corpo e das manipulações estéticas e cirúrgicas realizadas (Ramalho, 2019).

As violências sofridas pelas mulheres trans, no contexto de trabalho sexual, podem, ainda, passar impunes. Quer pela moralização desta atividade e dos seus atores e atrizes, quer pela falta de direitos laborais (Oliveira, 2017, Prada, 2018). Esta falta de

direitos, contribui para o aumento das vulnerabilidades das pessoas trans (Fitzgerald, Patterson, Hickey, Biko & Tobin, 2015).

De forma a tentar escapar à violência transfóbica sofrida, muitas pessoas trans deixam o seu país de origem, resultando num número elevado de pessoas trans no exercício de sexo comercial (NSWP, 2014). Assim ser-se trans, trabalhadora do sexo e migrante pode resultar numa situação de maior vulnerabilidade pela interseção de opressões. Segundo Belizário (2018) e de acordo com dados provenientes da TAMPEP (2009a) metade das pessoas trans que exercem trabalho sexual na Europa é migrante, sendo que na Península Ibérica este valor chega aos 80%. A maioria das migrantes são da América Latina (TAMPEP, 2009a) pelo que Belizário (2018) afirma que a maioria do trabalho sexual trans, em Portugal e em Espanha é realizado por travestis<sup>27</sup>.

Consideramos importante ressaltar que o nosso intuito não é perpetuar a associação das identidades trans ao exercício de trabalho sexual, apenas explorar este percurso possível. Sabemos que o contexto do trabalho sexual se constitui como um local importante para a socialização, aprendizagem e construção de identidades trans (Ramalho, 2019). Assim o nosso objetivo prende-se na exploração da (des)construção identitária de mulheres trans que exercem trabalho sexual, sem pretender perpetuar uma associação que seria reducionista e estigmatizante face à heterogeneidade das identidades trans e dos diversos percursos possíveis.

Assim podemos considerar que construir-se trans é construir uma identidade fora da matriz cisheteronormativa. Identidade essa, que como todas as outras é fluida, instável e múltipla pela sua performatividade (Butler, 1993, 1999; Oliveira, 2015; Ramalho, 2019), que se constrói dentro das possibilidades linguísticas existentes (Butler, 1999). Uma identidade que não pode ser analisada apenas através do género, sendo atravessada pelas restantes pertenças identitárias e os contextos de socialização em que as pessoas se vão inserindo.

## **Método**

Neste trabalho objetivamos analisar a construção identitária de mulheres trans que exercem/exerceram trabalho sexual em Portugal. Para orientar a investigação,

---

<sup>27</sup> A identidade travesti é uma identidade própria de países latino-americanos, como o Brasil, que não pode ser confundida com o sentido ocidental de *crossdresser* (Belizário, 2018; Rodrigues, 2016).

formulamos três questões de investigação: De que forma ocorre a construção identitária de mulheres trans que exercem ou exerceram trabalho sexual?; Como é que esta construção identitária é percebida e vivenciada pelas participantes?; De que forma é que o trabalho sexual contribui para a construção de identidades trans?.

De forma a respondermos a estas questões realizamos entrevistas semiestruturadas a cinco pessoas que se autoidentificavam como mulheres trans e que exerciam trabalho sexual. Os dados aqui apresentados refletem a análise das entrevistas realizadas a três mulheres trans, nascidas no Brasil, e que exercem/exerceram trabalho sexual em Portugal. Todas as entrevistadas são heterossexuais e realizam trabalho sexual em contexto de interior. Duas destas participantes adquiriram dupla nacionalidade. Relativamente às habilitações literárias, duas pessoas concluíram o 12.º ano e uma o mestrado. No momento da entrevista tinham 29, 38 e 40 anos, e duas residiam em Portugal. De forma a proteger a identidade das entrevistadas realizou-se um código de identificação das participantes<sup>28</sup>.

A recolha de dados para esta investigação ocorreu durante a pandemia da COVID-19, que veio acrescentar alguns constrangimentos à realização das entrevistas. Privilegiou-se meios de videoconferência, mas uma das participantes preferiu realizar a entrevista em formato presencial num local à sua escolha. A entrevista mais curta durou 31 minutos e a mais longa 2 horas e 46 minutos. Seguiu-se a transcrição integral de cada uma das entrevistas e a respetiva análise de dados.

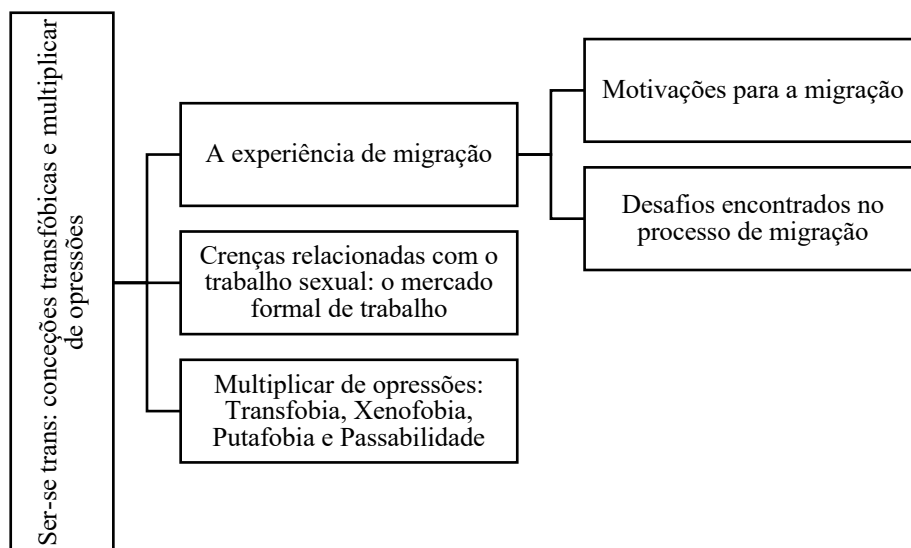
Para analisar os dados recolhidos optamos pela análise temática de Braun e Clarke (2006, 2013, 2018). Nesta investigação adotou-se um paradigma construcionista, feminista trans e interseccional na análise temática dos dados. Assumir-se construcionista implica assumir que o/a investigador/a é responsável e implicado/a em todo o processo de investigação (Rodrigues, 2016). A análise realizada de carácter dedutivo-indutivo, e os temas encontrados são, maioritariamente, latentes (Braun & Clarke, 2006, 2013, 2018). Assim procuramos compreender a construção identitária destas mulheres, que é atravessada pelo contexto do trabalho sexual e do seu estatuto migratório, analisando a sua experiência de discriminação.

---

<sup>28</sup> O código inicia com o número da entrevista, segue-se a inicial do nome com que preferem ser tratadas, e por fim as iniciais de grande localidade ou pequena localidade (e.g. INGL).

## **(Des)construções das experiências de migração para o exercício de trabalho sexual**

Nesta secção apresentamos a análise que fizemos emergir dos dados, tendo como base um paradigma construcionista, feminista trans e interseccional. Ao longo desta investigação percebemos que são inúmeros os desafios de se (des)construir como mulher trans e trabalhadora do sexo em Portugal. Neste capítulo centramos a nossa análise no tema "Ser-se trans: concepções transfóbicas e multiplicar de opressões". Este tema emergiu de quatro códigos "Motivações para a migração" e "Desafios encontrados no processo de migração" que se agrupam no subtema "A experiência de migração", e dos códigos "Crenças relacionadas com o trabalho sexual: o mercado formal de trabalho" e "Multiplicar de opressões: transfobia, xenofobia, putafobia e passabilidade". Segue o mapa temático para melhor compreensão da organização do tema.



*Figura 1: Mapa Temático - Ser-se trans: concepções transfóbicas e multiplicar de opressões*

No subtema "*A experiência de migração*" procuramos refletir sobre o processo de migração. Uma das participantes relata que, apesar de ter dois empregos no mercado formal de trabalho, demorou seis anos para conseguir viajar para Portugal. Este não é um processo que as participantes realizam sem suporte, sendo comum a menção a outras pessoas que contribuíram de alguma forma para o seu percurso migratório. Neste subtema procuramos analisar este processo como as motivações para a migração e alguns dos desafios enfrentados pelas participantes.

O primeiro código a emergir foi “*Motivações para a migração*”. Antes de analisarmos as unidades de registo que fizeram emergir este código, torna-se fundamental referir que antes da migração as participantes já exerciam/tinham exercido trabalho sexual no Brasil.

Seguem-se algumas unidades de registo ilustrativas:

*"Primeiro amor, fiquei encantada (...) depois aconteceram coisas terríveis (...) porque ele ficou obcecado por mim (...) eu tinha a certeza que ele ia vir para me matar, e foi aí que eu comecei meu trabalho (...) eu vim para a Europa, foi mais para fugir dele"*  
(1NGL)

*"A transfobia no Brasil ela é verdadeira. Se eu não gosto de ti, eu não gosto e vou te matar, entende? (...) Aqui não, é muito silenciosa. Eu te mato com as palavras, eu te mato com um sorriso, sabe? "* (2TGL)

*"Portugal é um país homofóbico, só que no Brasil é muito pior (...) Uma mulher trans vive só até aos 30 anos. Morrem muito jovens, matam muito cedo... Aqui as meninas andam livre arbítrio, aqui não jogam pedra, as pessoas não ficam xingando (...) Porque aqui as coisas, assim, quando você chama a atenção de algo que te incomoda, as pessoas que falam consigo, as pessoas tornam-te a respeitar. E isso para mim é super importante. No Brasil se você falar, nem te respeita. São capazes de voltar no outro dia e te matar. "*  
(5LGL)

As motivações mencionadas para a migração são variadas, e nem sempre incluíam a vontade de exercer trabalho sexual em Portugal ou na Europa. Contudo, a literatura informa-nos que a vinda para a Europa para exercer trabalho sexual se traduz num ponto de viragem marcante na vida das mulheres trans que exercem trabalho sexual (Pessoa, 2020). Esta mobilidade, seja por um curto ou longo período de tempo, traduz-se numa posição de grande prestígio (Belizário, 2018). A migração para a Europa demonstra-se como uma oportunidade para aceder a um maior rendimento monetário no exercício do trabalho sexual, e consequentemente o acesso a outros procedimentos cirúrgicos,

podendo, inclusive, ressignificar a relação com a família (por exemplo, através do envio de dinheiro ou da compra de imóveis) (Belizário, 2018).

As participantes apresentaram como motivação para a migração, questões de segurança devido a uma relação abusiva, gostar de Portugal, e ter surgido uma oportunidade num momento de instabilidade financeira do país de origem. Consideramos que estas motivações devem ser contextualizadas na experiência de discriminação vivenciada pelas participantes.

Ao longo das entrevistas fomos percebendo que a transfobia sofrida no Brasil apresentava uma grande carga emocional. Sendo bastante difícil para algumas participantes abordarem esta fase das suas vidas. Neste sentido, e apesar das participantes não justificarem a transfobia como uma motivação para a migração, percebemos que esta transfobia atravessa toda a sua vivência, e conseqüentemente a sua migração.

Não podemos afirmar que a transfobia é menor em Portugal ou na Europa, apenas que adquire algumas dinâmicas distintas. Como referido pelas participantes, a transfobia no Brasil é marcada pelo transfeminicídio. Sendo o país onde mais mulheres trans são assassinadas em todo o mundo (TGEU, 2021). Assim, podemos considerar que o risco de morte em Portugal é menor que no seu país de origem, e conseqüentemente um lugar mais seguro para viverem.

Apesar de poder ser mais seguro, não se pode perceber Portugal ou a Europa como um lugar isento de transfobia, estando presente nos mais diversos contextos. Manifestando-se de uma forma mais encoberta como na fala de 2TGL, *“eu te mato com as palavras, eu te mato com o sorriso”*. Parece-nos que a transfobia é um fator mobilizador para a migração, mas que se encontra tão presente na vida das participantes que muitas vezes acaba por ser subvalorizada e aceite como uma condição sobre a qual não tem poder de agência. Uma das participantes por se reconhecer como passável refere não gostar de falar de transfobia. Outra participante reconhece que o preconceito nunca iria deixar de existir, podendo apenas diminuir. A migração parece-nos, assim, como uma forma percebida pelas participantes como uma oportunidade de reduzir os riscos de uma vida associados à transfobia.

Aliado às motivações para a migração emergiu o código *“Desafios encontrados no processo de migração”* que passaremos a analisar, através das seguintes unidades de registo ilustrativas:

*"Até porque eu lutei muito para me legalizar em Portugal. Eu acho que mesmo pelo facto de eu ser trans. (...) Passar por investigação pelo SEF (...) no começo ele me intimidou um pouco." (1NGL)*

*"Vim sem visto de estudante, sem nada. Entrei como turista. Me deixaram pelada na imigração porque eu trouxe patins. E eles cismaram que ali, naquele patim podia ter alguma coisa. Então me botaram numa cabine, tiraram minha roupa, revistaram minha mala. Foi uma tortura, mas eu entrei, né?" (2TGL)*

*"Então vim para cá, através dessa menina que me trouxe. E ela me cobrou, na época, 7 mil euros para eu pagar para ela. E eu paguei em menos de um mês a ela. E ela começou a mudar a sua personalidade de pessoa, se aproveitar da minha pessoa por eu ser tão honesta com ela." (5LGL)*

A experiência de migração não termina com a chegada a Portugal, duas das participantes relatam ter sofrido atos estigmatizantes quando chegaram. 1NGL reconhece que a sua experiência de migração foi dificultada pelo facto de ser trans. No entanto ao longo de toda a entrevista enaltece o quão Portugal é maravilhoso, e como teve diversas experiências positivas em Portugal. 2TGL não aponta motivações para a "tortura" que passou. Consideramos que nenhuma destas experiências pode ser analisada separando as diferentes pertenças a lugares de opressão e privilégio. Esta experiência estigmatizante é subvalorizada pela conquista de entrar em Portugal. Esta valorização da chegada a Portugal parece-nos estar associada ao estatuto associado à migração para a Europa (Belizário, 2018; Pessoa, 2020)

Percebemos que este processo, raramente, é realizado de forma isolada. 2TGL enviou dinheiro para um amigo em Portugal alugar um apartamento para viverem em conjunto. Quando chegou a Portugal este amigo tinha desaparecido com todo o seu dinheiro. 5LGL recorreu ao apoio de uma mulher, conseguindo viajar de forma mais breve. No entanto, após a sua chegada à Europa, esta mulher, que já lhe tinha cobrado um valor excessivo para a viagem tentou cobrar-lhe ainda mais dinheiro que aquele que fora acordado inicialmente. É importante notar que esta mulher que contribuiu para a migração de 5LGL está a incorrer no crime de lenocínio, que corresponde à intenção de obter lucro

com o trabalho sexual de outra pessoa e que não deve ser confundido com o exercício de trabalho sexual. O trabalho sexual refere-se à troca de atividades, serviços, performances ou produtos sexuais comerciais por dinheiro ou outra recompensa material, entre pessoas adultas e com o consentimento de todas as pessoas envolvidas. Este termo inclui as práticas de prostituição, pornografia, *striptease* e chamadas eróticas (Oliveira, 2016).

Chegadas à Europa e após estas experiências negativas que enfrentaram, é no seu grupo de pares que encontram apoio e orientação. Mesmo efetuando o percurso migratório isoladas, na Europa encontram um grupo de pares que funciona como uma rede de suporte e que lhes transmite conhecimentos desta nova fase das suas vidas.

Designamos o terceiro código de “Crenças relacionadas com o trabalho sexual: o mercado formal de trabalho”. Apesar das razões para a entrada no trabalho sexual serem variadas, o acesso ao contexto do mercado formal de trabalho sobressai, por ser apresentado por todas as entrevistadas. Apenas 2TGL, referiu estar inserida no mercado formal de trabalho, após assumir uma identidade trans. O que por si só, demonstra que a transfobia se manifesta no acesso ao mercado formal de trabalho, muitas vezes, impedindo este acesso.

*"Você não vê uma trans trabalhando no shopping, você não vê uma trans trabalhando... tendo um trabalho normal, né? Então, é... não tenho que mudar. (...) Eu gosto do que eu faço, e enquanto puder vou andar trabalhando."* (1NGL)

*"Quando eu chegava os meninos falavam tia, tia... e aí ela falava, não é tia, é tio, não é tia. Aí eles chegavam assim: é tia ou é tio? Aí eu falava assim [sussurra] é tia [risos]".* (2TGL)

A segunda unidade de registo refere-se à experiência de trabalho de 2TGL no mercado formal de trabalho. As crianças com quem trabalhava reconheciam a sua identidade de género, mas eram sistematicamente corrigidas pela responsável do local onde trabalhava. Esta experiência ajuda-nos a compreender que a crença do trabalho sexual como única opção das identidades trans é falaciosa. Demonstrando, ainda que a transfobia e o cissexismo continuam bastante marcados no mercado de trabalho formal.

Por um lado, pela falta de visibilidade de mulheres trans no mercado formal de trabalho (1NGL), por outro pela recusa de reconhecimento da identidade da pessoa (2TGL).

Estes resultados são congruentes aos encontrados por Fitzgerald, Patterson, Hickey, Biko e Tobin (2015), que referem que as pessoas trans que exercem trabalho sexual relatam mais experiências negativas no trabalho formal que as pessoas trans que não exercem esta atividade, pela discriminação sofrida no mercado formal de trabalho. Assim, o não reconhecimento da identidade, pode contribuir para optar pelo trabalho sexual, por ser um local onde algumas pessoas trans relatam que o corpo e a identidade é reconhecido e valorizado (Moirá, 2016; Ramalho, 2019; Rodrigues, 2016)

Não podemos, contudo, negar que existam empregos, dentro do campo formal, em que a identidade de género seja reconhecida. A participante 2TGL, referiu empregos que frequentou, mais ligados ao ativismo em que a sua identidade era reconhecida e valorizada. No entanto estes locais não representam uma maioria, pelo que poderá ser uma opção reservada a um pequeno grupo de pessoas dentro das identidades trans, que é comprovado pela falta de oportunidade formal de trabalho encontrada pelas restantes entrevistadas.

Por fim, fizemos emergir o código “*Multiplicar de opressões: transfobia, putafobia, xenofobia e passabilidade*”. Neste código procuramos explicitar como diferentes sistemas como a transfobia, putafobia, xenofobia e passabilidade interagem, criando uma experiência única de discriminação. Procuramos mostrar que a construção da identidade destas mulheres, exige uma negociação de pertenças, umas em lugares de opressão e outras em lugares de privilégio, que em conjunto criam algo único e diferente de pessoa para pessoa (Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2018). Seguem alguns exemplos, destas intersecções:

*“olha na verdade, eu gosto mesmo de analisar minhas questões, é interessante. Não me magoou não, ter preconceito por ser brasileira. Agora se fosse por ser trans eu ia ficar bem magoada, eu ia quebrar o barraco. Sabe? Eu acho que ia me ferir mais. Mas eu acho que eu consigo... eu acho que esse negócio de passável, sabe?”* (2TGL)

*“ela acha que ali é o único lugar que ela pode estar por ser travesti e tá fazendo trabalho sexual. Ela está achando que é o quê? Que não presta! Porque ela já pegou o estigma de travesti, agora pegou o de prostituta” (2TGL)*

*“Porque eu já tenho estigma que eu gosto de sexo. Na verdade, nem é isso. A gente se enche de hormônio, quem quer ser mulher. Sexo é o que menos gosta” (2TGL)*

*"As pessoas só percebem que eu sou trans quando eu entrego meus documentos, e às vezes pensam que o documento é falso. Já aconteceu, muitas vezes, de eu ser barrada em aeroporto por esse motivo." (5LGL)*

Na primeira unidade de registo, 2TGL, reconhece-se como migrante, trans e passável. Compreende que foi alvo de xenofobia, no entanto esta opressão é desvalorizada comparativamente à possibilidade de ser alvo de transfobia. Reconhece ainda que não sentirá tanto manifestações transfóbicas, comparativamente a outras mulheres trans, por ser passável, isto é ser percebida como uma mulher cis.

A passabilidade surge aqui como um privilégio que ajuda a lidar, com menor carga emocional, com determinados sistemas opressivos (Jesus, 2012a, 2014; Pessoa, 2020; Rodrigues, 2016). A passabilidade reflete a ideia de os corpos cis serem mais valorizados, legítimos e aceites (Rodrigues, 2016), esta hierarquização de corpos e identidades é uma manifestação de transfobia.

Exercer trabalho sexual em contexto de interior, resulta numa menor discriminação, pela menor visibilidade que este contexto fornece às participantes, comparativamente com o contexto de rua (Oliveira, 2003). Quem exerce trabalho sexual em contexto de rua está exposto a todas as pessoas que por ali passam, quando se realiza esta atividade em contexto de interior recorre-se a sites e anúncios de jornal para divulgação dos serviços. Assim, o trabalho sexual em contexto de interior pode facilitar a ocultação das experiências de discriminação, tornando esta violência menos visível.

A putofobia parece relacionar-se com a transfobia. Ao analisar os discursos das participantes, percebemos que é recorrente a associação do termo “travesti” ao exercício de trabalho sexual (Moirá, 2016). Termo que é percebido por duas das participantes como depreciativo. O termo “travesti” pode ainda ser percebido como detentor de

menor legitimidade comparativamente a outros termos ocidentais como trans ou transexual (Belizário, 2018). Assim a discriminação sentida por exercerem trabalho sexual não pode ser analisada de forma separada da sua identidade de género.

Apenas uma das participantes problematiza esta associação, reconhecendo que esta associação não ocorre em todos os lugares, como é exemplo a sua cidade natal. Ao analisarmos a primeira unidade de registo percebemos que esta crença pode advir da falta de representatividade de identidades trans no mercado formal de trabalho. A falta de representatividade de mulheres trans no mercado de formal de trabalho parece resultar da transfobia que vai atravessando toda a vida e contextos destas mulheres, podendo, inclusive, negar o acesso ao mercado formal de trabalho (Fitzgerald, Patterson, Biko & Tobin, 2015; Fedorko & Berredo, 2017).

A transfobia e a discriminação vão atravessando os diversos contextos em que as participantes de inserem. Demonstrando-se, inclusive, como motivações não reconhecidas para a migração. As diferentes pertenças identitárias a grupos de privilégio e opressão, resultam num multiplicar de privilégios e opressões, criando uma experiência única de discriminação (Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2018) e de (des)construção identitária.

## **Conclusões**

De uma perspetiva construcionista, a realidade é construída em contexto (Nogueira, 2001). Não podemos cingir o contexto das entrevistadas ao trabalho sexual, compreendendo que as pessoas circulam por diversos contextos, sendo a sociedade em que estamos inseridos/as também um contexto. Contexto esse que é cissexista, transfóbico, xenófobo e putofóbico. Assim devemos compreender que a construção identitária ocorre assumindo discursos que estão disponíveis à nossa volta (Nogueira, 2001).

O cissexismo e transfobia presentes na sociedade podem fazer com que algumas pessoas trans interiorizem esta transfobia. A transfobia internalizada, faz com que algumas mulheres trans perspetivem uma hierarquia de feminilidade, valorizando mais umas identidades que outras. Esta hierarquização poderá contribuir para a interiorização de que se possui menor valor, conduzindo a uma menor autoestima. Torna-se urgente

contribuir para que exista uma transformação social onde todas as vidas e identidades sejam valorizadas.

Compreendendo que o conhecimento é construído como localizado, não devendo ser generalizado. Com estes resultados não pretendemos realizar qualquer tipo de generalização. Assim estes dados não permitem caracterizar todas as mulheres trans, migrantes, trabalhadoras do sexo em contexto de interior, heterossexuais, da região norte do país, nem qualquer tipo de categorização que pudéssemos incluir nas entrevistadas. A análise aqui apresentada reflete uma perspectiva pensada criticamente pelas investigadoras, com as mulheres entrevistadas.

Ao longo desta investigação percebemos que as (des)construções identitárias são contextualizadas pelas suas experiências de discriminação e socialização, assim como as pertenças a diferentes lugares de privilégio e opressão. A transfobia atravessa toda a vivência das nossas participantes, desde o Brasil até Portugal. Esta opressão relaciona-se com a experiência de migração destas mulheres, o seu acesso ao mercado formal de trabalho e sua consequente introdução no mercado informal. A transfobia deve ser analisada de forma interseccional, tendo em conta as diferentes pertenças a outros lugares de privilégio e opressão. Esta experiência de discriminação torna-se única e diferenciada por outros sistemas que a atravessam como a xenofobia, a putafobia e a passabilidade.

Consideramos importante ressaltar a passabilidade, que por um lado permite que as participantes vivenciem a sua experiência de discriminação com menor carga emocional. Por outro lado, continua a ser uma manifestação de transfobia que hierarquiza corpos e identidades. Com consequências para as próprias pessoas passáveis, manifestando-se, por vezes, como um entrave à liberdade comportamental destas mulheres (Rodrigues, 2016).

Investigar as construções e desconstruções identitárias, implicou que após a realização desta investigação surgissem aspetos que não tinham sido pensados inicialmente. Abrindo-nos novos percursos, que ainda são necessários percorrer, para perceber de que forma ocorrem estas (des)construções. Em suma, podemos concluir que a identidade é efetivamente uma ficção (Butler, 1999; Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2018), sendo construída socialmente e em contexto (Nogueira, 2004, 2017) de forma fluída, instável, múltipla e performativa (Butler, 1993, 1999; Nogueira, 2017; Ramalho, 2019). Percebemos ainda que o trabalho sexual pode funcionar como fator importante

desta construção identitária por ser um espaço de socialização e pela interação entre os diversos atores sociais. (Des)construir-se trans, deve passar pelo reconhecimento de diferentes identidades pela pluralidade de corpos possíveis, legítimos e desejáveis (Jesus, 2012a, 2014; Rodrigues, Carneiro & Nogueira, 2018).

Quanto às limitações do estudo é de referir que todas as mulheres entrevistadas são heterossexuais e realizam trabalho sexual em contexto de interior. Possuir uma orientação sexual não heterossexual, pode colocar novos desafios a ser-se trans, trabalhadora do sexo e migrante. O contexto de interior pode produzir características específicas na construção identitária destas mulheres, quer por ser um contexto em que o isolamento é maior, como poder ser um local de menor visibilidade (Oliveira, 2003) e consequentemente menos agressões. Sabemos que a (des)construção e as experiências de discriminação variam consoante os contextos sociais em que nos vamos inserindo. Incluir mulheres trans que exercem trabalho sexual em contexto de rua, contribuiria para alargar a diversidade de experiências e (des)construções possíveis.

Numa das entrevistas surgiram pontes com o ativismo trans. Sendo que o feminismo trans reconhece a pluralidade de identidades legítimas, poderia tornar-se interessante investigar a relação entre o ativismo trans e a perceção do seu próprio corpo, incluindo questões de aceitação/rejeição e relação com o sistema cisheteronormativo.

Este trabalho, para além de nos permitir aceder a diversas (des)construções identitárias efetuadas por mulheres trans migrantes, foi marcado pela manifestação de transfobia nos diversos contextos. Ao longo da investigação procuramos dar conta dos avanços e recuos legislativos, da desproteção e desigualdade que ainda existe. Sendo urgente reconhecer estas desigualdades para que toda a sociedade trabalhe em conjunto para que ocorra uma transformação social e se respeite todas as identidades.

## Referências

- Almeida, M. V. (2018). *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Etnográfica Press. doi: 10.4000/books.etnograficapress.459
- Alves, H. (2012). *Introdução ao transfeminismo*. *Transfeminismo*. <http://transfeminismo.com/introducao-ao-transfeminismo/>

- Amaral, M. S. (2012). *Essa Boneca Tem Manual: práticas de si, discursos e legitimidades na experiência de travestis iniciantes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de Santa Catarina, Brasil.
- APDES, RTS & Peixoto, V. (2012). *Recomendações para a redefinição do enquadramento jurídico do trabalho sexual em Portugal*. <https://apdes.pt/pt/portfolio/rede-sobre-trabalho-sexual/>
- Belizário, F. B. (2018). *Travestis brasileiras no sul da Europa: subalternidade e reconhecimento nas fronteiras do gênero e sexualidade*. Tese de Doutorado em economia, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Bento, B. (2003). Transexuais, corpos e próteses. *Labrys estudos feministas*, 4.
- Bento, B. (2011). Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. *Revista Estudos Feministas*, 19(2), 549-559.
- Bento, B. (2016). Transfeminicídio: violência de gênero e o gênero da violência. *Dissidências sexuais e de gênero*, 25-40.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Los Angeles/London/New Delhi/Singapore/Washington, DC: SAGE Publications.
- Braun, V., & Clarke, V. (2018). *Thematic analysis - an introduction*. <https://youtu.be/5zFcC10vOVY>.
- Butler, J. (1993). Imitation and gender insubordination. Em H. Abelove, M. Barale & D. Halperin (Orgs.), *Lesbian and gay studies reader* (pp. 307-320). Nova Iorque & Londres: Routledge.
- Butler, J. (1999). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York, NY: Routledge.
- Castilho, T. D. S. (2018). *Estratégias de integração de travestis brasileiras na cidade de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em serviço social, Instituto de Serviço Social, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal
- Costa, M. S. B. (2020). *(Des)Construção das Identidades de Mulheres Trans Trabalhadoras do Sexo em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do

- Comportamento Desviante e da Justiça, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal
- Couto, J. C. G. (2013). *Transexualidade: passado, presente e futuro*. Dissertação de Mestrado em medicina legal, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal
- Decreto Lei no 38/2018 de 7 de Agosto da Assembleia da República. Diário da República: I série, No 151 (2018). <https://data.dre.pt/eli/lei/38/2018/08/07/p/dre/pt/html>
- Decreto Lei no 7/2011 de 15 de Março da Assembleia da República. Diário da República: I série, No 52 (2011). <https://data.dre.pt/eli/lei/7/2011/03/15/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 7247/2019 de 16 de Agosto de 2019 da Assembleia da República. Diário da República: II série, No 156 (2019). <https://dre.pt/home/-/dre/123962165/details/maximized>
- Fedorko, B., & Berredo, L. (2017). O círculo vicioso da violência: pessoas trans e gênero-diversas, migração e trabalho sexual. *Transgender Europe*. <https://transrespect.org/wp-content/uploads/2018/01/TvT-PS-Vol19-2017.pdf>.
- Fitzgerald, E., Patterson, S. E., Hickey, D., Biko, C., & Tobin, H. J. (2015). *Meaningful work: Transgender experiences in the sex trade*. National Center for Transgender Equality.
- Fontanella, B. J., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Gomes, A. C. R. (2014). *Bullying Transfóbico: Experiências de Discriminação e Violência de Pessoas Trans em Contexto Escolar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto: Universidade do Porto
- Jesus, J. G. (2012a). Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. *Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião*.
- Jesus, J. G. (2012b). Identidade de gênero e políticas de afirmação identitária. In *Congresso Internacional de Estudos sobre a Diversidade Sexual e de Gênero da ABEH* (Vol. 6, pp. 1-15).

- Jesus, J. G. (2014). Interlocuções teóricas do pensamento transfeminista. In J. G. Jesus (Ed.), *Transfeminismo: Teorias e Práticas* (pp. 3-18). Rio de Janeiro: Metanoia Editora
- Lei n.º 19/2013 de 21 de fevereiro (2013) procede à 29.ª alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro, e primeira alteração à Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro, que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas. Diário da República, 1.ª série, N.º 37. <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/02/03700/0109601098.pdf>
- Lei n.º 28/2015 de 14 de abril (2015). Consagra a identidade de género no âmbito do direito à igualdade no acesso a emprego e no trabalho, procedendo à oitava alteração ao Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série, N.º 72. <https://dre.pt/application/file/66970828>
- Moira, A. (2016). *E se eu fosse puta*. São Paulo, Brasil: Hoo Editora.
- Nogueira, C. (2001). Feminismo e discurso do género na psicologia social. *Psicologia & Sociedade: revista da Associação Brasileira de Psicologia Social*, 13(1), 107-128.
- Nogueira, C. (2004). Ter ou fazer o género. O dilema das opções metodológicas na psicologia social. In N. Guareschi (Ed.), *Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo* (pp. 249-284). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Nogueira, C. (2017). *Interseccionalidade e psicologia feminista*. (pp. 234) Salvador da Bahia: Editora Devires.
- NSWP (2014). *Global Network of Sex Work Projects: The Needs and Rights of Trans Sex Workers*. <https://www.nswp.org/resource/briefing-paper-the-needs-and-rights-trans-sex-workers>
- NSWP (2020). *Global Network of Sex Work Projects: COVID-19 Impact Survey – Europe*. <https://www.nswp.org/resource/nswp-global-and-regional-reports/covid-19-impact-europe>
- Oliveira, A. (2003). Actores do trabalho sexual: características comuns e traços distintivos. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 8(2), 169-186.
- Oliveira, A. (2005). Prostituição. In Macedo, Ana Gabriela, & Amaral, A., *Dicionário da crítica feminista*. (pp. 154-156). Porto: Afrontamento.

- Oliveira, A. (2013). *Da prostituição de apartamento na cidade de Lisboa: Características e significados*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Oliveira, A. (2016). Trabalho sexual. In Maia, Rui Leandro, Nunes, Laura M., Caridade, Sónia, Sani, Ana Isabel, Estrad, Rui, Nogueira, Cristiano, Fernandes, Hélder, & Afonso, Lúcia, *Dicionário crime, justiça e sociedade*. (pp. 494-495). Lisboa: Edições Silabo.
- Oliveira, A. (2017). Prostituição em Portugal: uma atividade marginalizada num país que tolera mais do que persegue.
- Oliveira, A. (2018). Same work different oppression: stigma and its consequences on male and transgender sex workers in Portugal. *International Journal of Iberian Studies*. 31(1), 11-26. doi:10.1386/ijis.31.1.11\_1
- Oliveira, A., & Manita, C. (2002). Prostituição, violência e vitimação. In C. Machado e R. Gonçalves (Org.), *Violência e vítimas de crimes*. Vol. 1. (pp., 213-240). Coimbra: Quarteto.
- Open Society Foundations (2015). *10 Razões para Descriminalizar o Trabalho Sexual*. <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/10-razoes-para-descriminalizar-o-trabalho-sexual/pt>
- Pessoa, E. R. A. (2020). *Encarnando a europeia: biografias corporais, (i)mobilidades e subjetividades de trabalhadoras do sexo trans e travestis em Lisboa*. Tese de Doutoramento em sociologia, Instituto de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Platero, R. L. (2014). *Trans\*sexualidades: Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: edicions bellaterra.
- Prada, M. (2018). *Putafeminista*. São Paulo: Veneta Editora.
- Ramalho, N. (2014). To be a'Travesti'is Questioning the (almost) Unquestionable: Gender as a Social Construction Process. In S. Aboim and P. Vasconcelos (eds), *Gender, Sexuality, and the Body: critical perspectives*. (Vol. 3, pp. 101-109). Lisboa: CES.
- Ramalho, N. (2019). *Virar travesti: trajetórias de vida, prostituição e vulnerabilidade social*. Tese de Doutoramento em serviço social, Escola de Sociologia e Políticas Públicas, Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.

- Ramalho, N., Barroso, C. & Santos, B. (2013). Género e vulnerabilidade: Intervenção com travestis em contexto de prostituição de rua. In H. Pereira and P. Costa (Eds), *Coming-Out for LGBT Psychology in the Current International Scenario* (pp. 207-227). University of Beira Interior.
- Ramalho, N., Barroso, C., & Santos, B. (2015). A intervenção social com populações "Desassistidas" em contexto de rua: o caso do projeto Trans-Porta. *Intervenção Social*, (42/45), 207–227.
- Ramos, A., Teixeira, N., Cruz, S. e Fernandes, L. (2014), Uma incursão etnográfica ao mundo dos trabalhadores sexuais transgéneros, *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 4(1), 45–55.
- Rodrigues, L., (2016). *Viagens Trans(Género) em Portugal e no Brasil: Uma Aproximação Psicológica Feminista Crítica*. Tese de Doutoramento em psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Rodrigues, L., Carneiro, N. S., & Nogueira, C. (2014). Transexualidades: olhares críticos sobre corpos em crise. In J. G. Jesus (Ed.), *Transfeminismo: Teorias e Práticas* (pp. 137-156). Rio de Janeiro: Metanoia Editora.
- Rodrigues, L., Carneiro, N. S., & Nogueira, C. (2018). Problematização do feminismo interseccional: o lugar das pessoas trans (género) no Brasil e em Portugal. In M. Tavares & T., Sales (Eds.), *Seminário múltiplas discriminações* (pp. 33-55). Lisboa: UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta.
- Rodrigues, L., Carneiro, N. S., & Nogueira, C. (2021). Corpos das/nas Margens e Vidas Vulnerabilizadas: Envelhecimento de Pessoas Trans. In S.I. Magalhães & C. Nogueira (Eds.), *Envelhecimento, Género e Sexualidades*, Coleção Debater o Social, 55 (pp. 241-266). V. N. Famalicão: Edições Húmus.
- Santos, A. L. (2013). Para lá do binarismo? O intersexo como desafio epistemológico e político. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 102, 3-20
- TAMPEP Foundation (2009a). *Reports: Sex Work in Europe: A mapping of the prostitution scene in 25 European countries*. Amsterdam: TAMPEP International Foundation. <https://tampep.eu/wp-content/uploads/2017/11/TAMPEP-2009-European-Mapping-Report.pdf>

- TAMPEP Foundation (2009b). *Reports: Sex Work Migration Health*. Amsterdam: TAMPEP International Foundation. [https://tampep.eu/wp-content/uploads/2017/11/Sexworkmigrationhealth\\_final.pdf](https://tampep.eu/wp-content/uploads/2017/11/Sexworkmigrationhealth_final.pdf)
- TGEU (2016). *TMM Absolute numbers: TMM Absolute numbers (2008 – June 2016)*. <https://transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring/#>
- TGEU (2018). *Terminology*. Obtido em: <https://transrespect.org/en/working-definitions/>
- TGEU (2021). *TMM Update Trans Day of Remembrance 2021*. <https://transrespect.org/en/tmm-update-tdor-2021/>
- Weitzer, R. (2009). Sociology of sex work. *Annual Review of Sociology*, 35, 213-234.

## Capítulo 7

### **Saúde e Bem-Estar de pessoas LGBTQI+ Migrantes e Culturalmente Diversas em sociedades plurais**

Carla Moleiro & Nuno Pinto

**Resumo:**

O presente capítulo introduz a temática da diversidade de experiências migratórias e culturais das pessoas LGBTQI+, em sociedades plurais. O papel da cultura tem sido cada vez mais reconhecido como central na psicologia e na compreensão das experiências de pessoas, grupos e comunidades. As experiências das pessoas LGBTQI+ não são exceção. Com efeito, as normas culturais têm impactos diversos nas atitudes em relação ao género, à sexualidade, à orientação sexual, às identidades e expressões de género, e às características sexuais, que vão desde os níveis individual e familiar, ao macrosistema, designadamente pelas atitudes sociais, os valores religiosos e os diferentes enquadramentos políticos e legislativos. O capítulo examina a relação entre a diversidade migratória e cultural e a saúde e bem-estar psicológicos das pessoas LGBTQI+. São apresentadas algumas questões específicas relativas a pessoas migrantes, refugiadas e requerentes de asilo LGBTQI+. As implicações para as práticas, formação e políticas públicas são discutidas. A diversidade cultural das pessoas LGBTQI+, em sociedades plurais, tem recebido cada vez maior reconhecimento, a par da importância que a própria cultura tem assumido na psicologia e na compreensão das experiências de pessoas, grupos e comunidades. As experiências das pessoas LGBTQI+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, Queer e Intersexo) não são exceção, pelo que o presente capítulo examina a relação entre a diversidade de experiências migratórias e culturais e a saúde e bem-estar psicológicos de pessoas LGBTQI+.

**Cultura, Saúde e Bem-estar de pessoas LGBTQI+**

A cultura molda todos os aspetos das experiências de indivíduos, grupos e comunidades. Como tal, também molda os determinantes sociais de saúde, impactando comportamentos de saúde e experiências de doença, em particular aqueles que dizem respeito ao bem-estar psicológico, emocional e social.

Até às últimas décadas do século XX, a cultura e a diversidade foram raramente o foco de teorias e modelos teóricos nas ciências sociais, designadamente na psicologia (Smith & Trimble, 2016). Apesar de se reconhecer a existência de diferenças entre as diversas culturas, a múltiplos níveis, a cultura era percebida mais como uma *nuance* a ter em conta do que uma dimensão central na compreensão do comportamento humano e social, procurando-se nas ciências psicológicas estabelecer relações, teorias e aplicações

de carácter mais universal. Os movimentos pelos direitos civis de grupos e comunidades histórica e socialmente oprimidas e marginalizadas contribuíram, em particular nos Estados Unidos da América, para a expansão da psicologia cultural. No âmbito da saúde e bem-estar, o *counseling* multicultural (Sue, Arredondo & McDavis, 1992; Sue & Sue, 2008) surgiu como resultado da necessidade de desenvolver abordagens, modelos e práticas clínicas mais sensíveis à diversidade étnica e cultural – i.e. uma estratégia para responder à diversidade nas sociedades plurais e tornar os serviços de saúde mental mais acessíveis, adequados e eficazes para diversas comunidades. Foi assim proposto o conceito de competência multicultural, globalmente definida como a medida em que profissionais de saúde mental possuem consciência (de si enquanto ser cultural, e da sua abertura para a diferença e a diversidade), conhecimento específico e relevante sobre populações e comunidades minoritárias, e competências práticas/técnicas adequadas para a intervenção clínica com indivíduos de diversas origens culturais (Kirmayer, 2012; Sue & Sue, 2008). Destinada inicialmente à intervenção com minorias étnicas e migrantes, a competência cultural foi posteriormente estendida para incluir outras formas de diversidade de clientes (e.g. orientação sexual e identidade de género, ver Israel & Selvidge, 2003) - incluindo aquelas com base na idade, sexo/características sexuais e género, orientação sexual, identidade e expressão de género, etnia, migração, religião, classe social, língua e diversidade funcional. Apesar de existir debate sobre o próprio conceito de competência cultural – sugerindo-se as noções de segurança cultural, sensibilidade cultural, responsividade cultural, ou humildade cultural (Kirmayer, 2012), é consensualmente reconhecida a necessidade de cuidados centrados na pessoa, incluindo na sua própria diversidade individual e cultural, para responder eficazmente às disparidades em saúde e contribuir para a promoção de justiça social.

Nas últimas décadas, a cultura passou a ocupar um lugar de destaque e uma dimensão central no conhecimento psicológico e na formação de profissionais de saúde (Delgado, 2018). Importa, por isso, trazer esse contributo para a análise e compreensão da enorme diversidade de experiências de pessoas LGBTQI+ em todo o mundo. Com efeito, as normas culturais resultam em atitudes sociais diversas e distintas em relação à igualdade e aos papéis de género, à sexualidade, à orientação sexual, às identidades e expressões de género, e às características sexuais, que vão desde os níveis individual e familiar, ao macrosistema, designadamente pelos distintos valores religiosos e os

diferentes enquadramentos políticos e legislativos. Contudo, a literatura LGBTQI+ é tendencialmente marcada por estudos empíricos em populações de países ocidentais, designadamente anglo-saxónicos. Como interpretamos esses resultados? Que inferências podemos assumir para a compreensão das experiências de saúde e bem-estar de pessoas LGBTQI+ em diferentes contextos socioculturais? Uma mulher trans Cubana partilhará experiências e significados com mulheres trans Norueguesas? O *coming out* de um jovem gay no Chile será revestido das mesmas especificidades em relação a um par do Reino Unido? O que sabemos sobre as experiências vividas de uma mulher lésbica na Nigéria? Como se caracterizam as construções e tensões identitárias de pessoas LGBTQI+ que, em simultâneo, constituem minorias étnicas ou religiosas nos seus países? Como entendemos o pedido de asilo de uma pessoa não-binária da Ucrânia, dando entrada na Polónia ou Hungria, e que pretenda ir para uma outra capital Europeia?

Tomemos como exemplo a dimensão individualismo-coletivismo, uma reconhecida dimensão cultural com os trabalhos seminais de Hofstede (1991). Os contextos socioculturais mais marcados por coletivismo são caracterizados como aqueles em que os indivíduos são integrados em grupos fortes e coesos, e em que as pessoas ao longo das diversas fases do ciclo de vida protegem o seu grupo (e.g. familiar) com elevada lealdade, evitando o conflito intragrupal. Por seu lado, os contextos socioculturais mais caracterizados por individualismo privilegiam a autonomia, a privacidade e os direitos individuais de cada pessoa, mantendo laços interpessoais e ligações comunitárias, mas que não se sobrepõem ao indivíduo. Dado o papel que o suporte familiar e social têm como fatores de proteção fundamentais no desenvolvimento saudável e resiliência de pessoas LGBTQI+, parece relevante reconhecer as consequências diversas do *coming out* e da autodeterminação de género em culturas mais individualistas ou mais coletivistas. Para as pessoas LGBTQI+ em contextos coletivistas, assumir a sua orientação sexual ou identidade de género, indo contra as normas culturais ou do grupo (e.g. família), pode ter consequências mais marcadas na sua rede de suporte, em comparação com aquelas experienciadas por indivíduos LGBTQI+ a quem se reconheça um forte direito à autonomia, onde a orientação sexual seja vista como uma característica individual e do foro privado. Nos primeiros, espera-se que sejam leais ao seu grupo, com uma elevada consciência do “nós”, elevado sentido de pertença e procura de harmonia nas relações familiares. Em tais contextos culturais, a rejeição familiar pode representar um importante

fator de risco, como Figueroa e Tasker (2014) exploraram entre jovens gays chilenos; e Ryan e colegas (Ryan, Huebner, Diaz & Sanchez, 2009) entre jovens adultos LGB Latinos nos Estados Unidos da América. Nesses casos, a rejeição familiar pode significar a ausência de autoaceitação, a autorrecriminação, maior isolamento e alienação da comunidade, costumes e tradições, e conseqüente marginalização. Também para as famílias de pessoas LGBTQI+ este processo poderá ter diferentes impactos, e.g. a orientação sexual não-normativa pode ser um elemento de vergonha social para a família (e.g. “*filial piety*”; “*losing face*”).

As experiências de minorias étnicas e pessoas racializadas LGBTQI+ comportam, assim, especificidades que têm merecido atenção na literatura recente. Partindo do conceito de interseccionalidade de Crenshaw (1991), todas as pessoas LGBTQI+ (também) existem dentro de uma 'matriz' cultural e de poder, e desenvolvem-se e constroem identidades de forma condicionada por dinâmicas de poder e opressão contextualmente específicas, cruzando o gênero, a classe social, a origem étnico-racial, entre outras. Por exemplo, no artigo intitulado “*Coming Out in Color*”, Aranda e colegas (2014) verificaram, numa amostra americana de mulheres lésbicas de diversas origens étnicas, que a revelação da orientação sexual para a família (mães, pais, irmãos/ãs) não se encontrava associada à depressão na amostra total; contudo, a revelação para elementos da rede extrafamiliar (amigos/as) encontrou-se associada a níveis mais baixos de depressão apenas nas mulheres lésbicas que simultaneamente se identificavam como Latinas. Nadal e Corpus (2013) identificaram 5 dimensões relevantes nas experiências de minorias étnicas LGBTQI+: (1) a influência da religião e espiritualidade, (2) a influência da família, (3) as experiências com o preconceito racial, (4) os processos de negociação de identidades múltiplas e (5) as experiências de diversidade dentro do seu subgrupo. Estes autores desenvolveram um estudo qualitativo com grupos focais com participantes americanos/as-filipinos/as que se identificavam como homens gay ou mulheres lésbicas, tendo concluído que a religião, a cultura e as expectativas familiares influenciavam fortemente a autoaceitação da própria orientação sexual. Diversos fatores de *stress* foram identificados nas posições interseccionais múltiplas de participantes, que negociavam ora entre a ausência de suporte e de conhecimento da comunidade LGBTQI+, ora a ausência de suporte e discriminação pela comunidade Filipina, priorizando uma ou outra posição em cada momento. No âmbito nas experiências das pessoas LGBTQI+ racializadas,

foram identificados temas como os estereótipos associados a exotização e sobreerotização; e a forma como a origem étnico-racial marcava as percepções e atitudes de género (e.g. ameaças à masculinidade e à feminilidade dentro das normas culturais).

### **A religiosidade e espiritualidade como fatores de relevo nas comunidades LGBTQI+**

De um modo geral, a maioria das religiões organizadas perseguiu e condenou historicamente as vidas e experiências das pessoas LGBTQI+, sendo esta ainda uma realidade generalizada nos dias de hoje. Deste modo, as interseções vividas pelas pessoas LGBTQI+ com a identificação religiosa também terá impactos diferenciais na saúde e no bem-estar. De acordo com Rodriguez e Ouellette (2000), as pessoas LGBTQI+ com uma forte identidade religiosa podem seguir quatro caminhos diferentes enquanto estratégias para resolver possíveis tensões identitárias: i) a rejeição ou negação da identidade LGBTQI+; ii) a rejeição da identidade religiosa e abandono das comunidades a ela associadas; iii) a compartimentalização, mantendo as duas identidades separadas ou clivadas na sua experiência; ou iv) a integração ou síntese das múltiplas identidades. Esses quatro caminhos possíveis são frequentemente encontrados nos relatos de participantes em estudos qualitativos, sendo marcados os seus distintos efeitos na saúde e bem-estar. Por exemplo, numa amostra de homens gay católicos em Itália, Nardelli e colegas (2020) verificaram uma forte associação entre a experiência de elevado estigma internalizado e a sintomatologia dissociativa (Nardelli, Baiocco, Tanzilli, & Linguardi, 2020). Conclusões semelhantes foram encontradas numa amostra de homens gay Polacos que se identificavam como católicos (Pietkiewicz & Kołodziejczyk-Skrzypek, 2016). Também a experiência de conflito e consequências psicológicas, como sintomas de depressão, foram encontradas em amostras judaicas de homens gay (e.g. Coyle & Rafalin, 2000; Itzhaky & Kissil, 2015; Zeidner & Zevulun, 2018). De forma contrária, Boppana e Gross (2019) encontraram uma associação positiva significativa entre religiosidade e bem-estar em pessoas LGBTQI+, semelhante à encontrada em população hétero e cisnormativa. Outros autores encontraram ainda uma relação positiva entre espiritualidade e satisfação com a vida, afeto positivo e autoestima (Barnes & Meyer, 2012; Harari, Glenwick, & Cecero, 2014; Stern & Wright, 2018). Por fim, outros autores encontraram relações contrárias e outros ainda uma ausência de associação, o que denota uma relação significativamente complexa e contextual entre estas variáveis na população LGBTQI+

(Fernandes, Reis & Moleiro, 2021; Rodriguez, 2009). Possíveis fatores individuais e culturais podem constituir-se como moderadores destas relações. Em Portugal, por exemplo, encontrou-se uma relação positiva também entre a espiritualidade e o bem-estar existencial em pessoas LGBTQI+, em particular nas pessoas adultas mais velhas (Moleiro, Pinto & Freire, 2013). A experiência de conflito entre a orientação sexual e a identidade religiosa/espiritual numa amostra de pessoas LGBTQI+ em Portugal foi alvo do estudo de Fernandes e colegas (2021), concluindo-se que muitas pessoas indicavam que não experienciam conflito, dando nota da resiliência e diversidade de estratégias de *coping* das pessoas LGBTQI+ religiosas. Contudo, naquelas pessoas que experienciavam conflito entre a identidade sexual e religiosa, os resultados foram indicativos de mais preocupações com a revelação da sua orientação sexual, valores mais elevados de homonegatividade internalizada, maiores dificuldades no seu processo de desenvolvimento identitário, maiores preocupações com a aceitação, e reportavam mais afeto negativo e menos afeto positivo. É importante referir, ainda no domínio do papel da religião e espiritualidade, que menos conhecimento existe sobre a interseção entre valores culturais e religião em outras populações LGBTQI+, como as Muçulmanas, Hindus ou Budistas (Adamczyk & Pitt, 2009).

### **O contexto legal e político e a saúde e o bem-estar das pessoas LGBTQI+**

Ao nível macro-sistémico, é ainda fundamental explorar o papel da legislação e do quadro de promoção e proteção dos direitos humanos das pessoas LGBTQI+, que enquadra as vivências e marca o contexto das vidas das pessoas em diversas partes do globo – desde a perseguição e prisão, à igualdade e cidadania plena. O casamento entre pessoas do mesmo sexo, o reconhecimento das relações e uniões de facto, os direitos e responsabilidades parentais de casais ou pessoas singulares, ou o reconhecimento legal de identidade de género são muito diversas em todo o mundo; e limitam o acesso e as aspirações de crianças, jovens e adultos jovens em todos os lugares, com impactos diferenciados na sua saúde mental e qualidade de vida.

Em 2014, Bauermeister explorou as aspirações de homens gay nos EUA relativamente à parentalidade e a sua relação com a saúde mental, tomando o contexto legal como variável moderadora dessa relação. Os resultados revelaram que, em estados em que não existia acesso ao casamento, bem como nos que não permitiam a adoção por

casais do mesmo sexo, as aspirações de parentalidade encontravam-se associadas a mais sintomas depressivos e menor autoestima; paralelamente, nos estados com políticas não-discriminatórias em relação ao acesso ao casamento e parentalidade, menos sintomas depressivos e maior autoestima eram reportados pelos participantes que desejavam ser pais. Num outro exemplo, Casey e colegas (2020) encontraram que a igualdade no acesso ao casamento na Austrália estava significativamente associada a maiores níveis de bem-estar e saúde mental na população LGBTQI+. Estes dados ressaltaram de forma clara a importância de reconhecer o efeito das políticas no desenvolvimento psicossocial de pessoas LGBTQI+.

Ainda, no nosso país, os resultados do estudo acerca do impacto da legislação aprovada em 2011, que veio permitir o reconhecimento legal da identidade de género através de um processo administrativo (Moleiro & Pinto, 2020), são claros a mostrar o impacto positivo que esta legislação teve na saúde mental e no bem-estar psicológico e social de pessoas trans e não-binárias. Não só o enquadramento legislativo, mas também a existência (ou não) de políticas públicas promotoras da efetiva igualdade social das pessoas LGBTQI+ é um fator de relevo na saúde e no bem-estar. Em Portugal, por exemplo, a precariedade das políticas públicas de saúde trans – em particular no que respeita aos cuidados de saúde psicológicos, hormonais e cirúrgicos de afirmação do género – bem como os seus impactos negativos na saúde mental da população trans e não-binária, tem sido recorrentemente denunciada pela sociedade civil e registada pelas investigações (e.g. Pinto & Moleiro, 2012; 2015).

Contudo, importa frisar que os momentos de discussão pública acerca de medidas legislativas ou do reconhecimento de direitos fundamentais da população LGBTQI+ tendem a ser momentos de maior risco para a saúde mental destas comunidades. Por exemplo, Horne e colegas (2022) encontraram relações significativas entre maiores níveis de depressão e ansiedade na população LGBTQI+ e o período de discussão pública que antecedeu um referendo estadual acerca de direitos fundamentais das pessoas trans e não-binárias. Ressalva-se ainda que, nesta linha, mesmo em contextos com leis igualitárias e com políticas de promoção da igualdade, o crescente discurso de ódio e o ataque ao que se tem designado por alguns movimentos como “ideologia de género”, têm impactos ao nível da saúde mental e do bem-estar das populações LGBTQI+.

## **Pessoas migrantes, refugiadas e requerentes de asilo LGBTQI+**

O *stress* minoritário (Meyer, 2003), o *stress* aculturativo e outros fatores de *stress* migratórios (Bhugra et al, 2011) contribuem cumulativamente para a acrescida vulnerabilidade no desenvolvimento de diversas perturbações psicológicas. Dito de outro modo, indivíduos de grupos estigmatizados e marginalizados, incluindo pessoas migrantes, requerentes de asilo ou refugiadas, podem estar expostas à interseccionalidade de um maior número de fatores de risco (e.g. relacionados com o estatuto legal, a discriminação percebida, a exclusão social, ou as experiências de violência interpessoal e vitimização). Por exemplo, entre as pessoas refugiadas, um conjunto diversificado de stressores pré- e pós-migratórios tem sido associado a consequências sociais e de saúde mental adversas (Hynie, 2018; Siriwardhana, Ali, Roberts & Stewart, 2014). A relação entre a migração e a saúde mental tem sido explorada (Bhugra, 2004) em diferentes grupos e em fases distintas do processo de migração (Bhugra et al, 2011). Genericamente, verifica-se que as pessoas migrantes que se deslocam à procura de melhores circunstâncias num país de acolhimento (e.g. para estudar, para melhor emprego) fazem face aos desafios e adversidades associados à migração com expectativas positivas; e os estudos têm encontrado nestas pessoas migrantes bons indicadores de saúde e saúde mental, em particular nas fases iniciais do processo migratório (*healthy migrant effect*; Alegría et al., 2017). Contudo, esse efeito varia consoante as características individuais e múltiplas identificações de quem migra, e os contextos do país que acolhe (Alegría et al., 2017). Ademais, o efeito tende a reverter num relativamente curto espaço de tempo, passando as pessoas migrantes a apresentar indicadores de saúde menos favoráveis do que a população do país de acolhimento.

Estudos têm mostrado que as pessoas migrantes, requerentes de asilo e refugiadas LGBTQI+ tendem a ter mais experiências (e mais prolongadas) de trauma, incluindo nas fases anteriores ao processo migratório (Alessi, Khan, & Chatterji, 2016; Alessi, Khan, & Van der Horn, 2017). Dependendo dos diversos contextos políticos e legais, mais ou menos repressivos e persecutórios, essas experiências incluem, por exemplo, abuso psicológico, físico e sexual, ou até hospitalização forçada ou prisão; podendo ocorrer ao longo do ciclo de vida, desde a infância até à vida adulta, passando pelo sistema familiar, comunitário e sistémico (Alessi, Khan, & Chatterji, 2016; Alessi, Khan, & Van der Horn,

2017). Quando chegam a um país de acolhimento, as pessoas migrantes, requerentes de asilo e refugiadas LGBTQI+ tendem a encontrar adversidades específicas, acrescidas e múltiplas, relacionadas com a negociação das suas múltiplas identidades e as suas interseções (Reading & Rubin, 2011). Novas experiências de discriminação e de exposição a violência interpessoal acumulam-se aos sintomas traumáticos, traduzindo-se muitas vezes num quadro de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) que, por seu turno, também dificulta as relações sociais e a integração cultural (Alessi & Kahn, 2017). Recentemente, tem-se referido a este quadro clínico como “trauma complexo” ou “PTSD complexo”, que inclui sintomas graves como experiências dissociativas, alterações da auto-perceção e da(s) pessoa(s) agressora(s), marcadas dificuldades emocionais e de controlo dos impulsos. Assim, profissionais de saúde que detetem este tipo de sintomatologia em pessoas migrantes e refugiadas LGBTQI+ necessitam de intervir de forma sensível e especializada, não sendo de excluir histórias de abusos cumulativos desde a infância (Alessi, Khan, & Chatterji, 2016).

No período pós-migratório, a maioria das pessoas que procuram asilo, incluindo as LGBTQI+, tem uma expectativa de melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar (Lewis, 2014). Contudo, muitas vezes não é isso que acontece. Para além dos desafios que os seus pares refugiados e requerentes de asilo enfrentam, as pessoas LGBTQI+ podem experienciar sentimentos de solidão e alienação, enfrentar discriminação, heterossexismo/cissexismo, e crimes de ódio (Reading & Rubin, 2011). Deste modo, estas pessoas encontram-se numa posição múltipla vulnerabilidade, estando expostas a fatores de risco para a saúde associados quer a pessoas migrantes e refugiadas, quer a comunidades LGBTQI+ (Fuks, Smith, Pelaez, Stefano, & Brown, 2018). Esta vulnerabilidade é especialmente marcada pois os fatores protetores conhecidos associados à família, rede de suporte social e comunitário, pertença religiosa, e outros, não só poderão não estar disponíveis, como podem por seu turno traduzir-se em fontes de rejeição e discriminação devido à orientação sexual e/ou identidade e expressões de género (Fuks et al., 2018). E também a língua, as barreiras culturais e preconceitos na própria comunidade LGBTQI+ do país de acolhimento podem dificultar a integração de migrantes e pessoas refugiadas LGBTQI+ (Ibañez, Van Oss Marín, Flores, Millett, & Diaz, 2009). Por exemplo, num estudo desenvolvido por Solntseva (2019), através de entrevistas a migrantes Russos/as LGBTQI+ em Berlim, a autora descreve as

subjetividades *queer* e (des)construções narrativas das pessoas entrevistadas, problematizando as categorias de identidade sexual e de gênero acriticamente atribuídas a pessoas não-ocidentais, migrantes, pessoas racializadas, refugiadas e requerentes de asilo, e chamando a atenção para o contexto (e o poder) em que estas categorias são produzidas (e.g. como o próprio conceito de *coming out*, que pode não ter significado; ou a chamada *freedom-narrative*; ver Solntseva, 2019).

Com efeito, no processo de aculturação, cada indivíduo utiliza estratégias de aproximação (ou não) à cultura do país de acolhimento; e de manutenção (ou não) de aspetos culturais do seu país de origem (Berry, 1997). São escolhas de cada pessoa os graus de aproximação e/ou manutenção de dimensões culturais, resultando da sua agência pessoal. Contudo, estas escolhas são situadas num contexto social e deparam-se com diferentes barreiras, a começar pelo sentimento de segurança para fazer essa exploração e essas escolhas, bem como o próprio conhecimento cultural. Devido à dupla vulnerabilidade relacionada com a identificação com pelo menos dois grupos minoritários (Fuks et al., 2018), muitas pessoas migrantes e refugiadas LGBTQI+ encontram-se limitadas nas suas vivências da orientação sexual e sexualidade, da identidade e expressões de gênero, e/ou da sua herança cultural e/ou religiosa (Alessi & Kahn, 2017). Para esses indivíduos, a aculturação parece envolver, simultaneamente, a sua cultura de origem, a cultura do país de acolhimento, e a própria cultura *queer* (Fuks et al., 2018). Dito de outro modo, existe no equilíbrio do processo aculturativo ainda mais um fator determinante, a saber, as narrativas LGBTQI+ ocidentais do país de acolhimento (Alessi & Kahn, 2017). As tensões vividas podem contribuir para elevados níveis de isolamento social e alienação (Kahn, 2015; Shidlo & Ahola, 2013), que expõem pessoas migrantes, refugiadas e requerentes de asilo LGBTQ+ a um conjunto acrescido de fatores de risco à saúde mental.

Finalmente, no âmbito da prestação de serviços sociais e de saúde a estas populações, ressalva-se que são comuns as expectativas de discriminação e desconfiança (de Anstiss & Ziaian, 2010; Kahn, Alessi, Kim, Woolner, & Olivieri, 2018), ao que acrescem o estigma (Reading & Rubin, 2011) e a necessidade/obrigatoriedade de revelação sobre a sua sexualidade, características sexuais e/ou identidade e expressões de gênero (possivelmente revestidas de sentimentos intensos de vergonha e medo) para

fundamentar as razões da fuga (*persecution narrative*; Alessi & Kahn, 2017), constituindo-se todos estes fatores como possíveis barreiras à procura de ajuda.

### **O Caso do Suicídio enquanto problema de saúde nas comunidades LGBTQI+**

Consideramos aqui o suicídio, enquanto problema grave de saúde pública na comunidade LGBTQI+, como um exemplo da relevância da compreensão da saúde e bem-estar num contexto cultural e através de uma perspectiva socio-ecológica.

Os principais determinantes sociais do suicídio identificados na literatura são influenciados ou mediados por significados e contextos culturais particulares (Kirmayer, 2022). Estes incluem fatores desenvolvimentais e sociais, como a exposição a violência, as experiências de abuso e de privação na infância, tão comuns entre as pessoas LGBTQI+, incluindo crianças e jovens. Outros são ainda ilustrativos das normas culturais e familiares, como o conceito de *filial piety* (que caracteriza as relações entre filhos/as e progenitores/as, com base no respeito, obediência e apoio instrumental e moral) e o sentimento de vergonha (que reflete o incumprimento de normas ou expectativas sociais). A dor psicológica, a desesperança e a exclusão social, todas elas identificadas como importantes variáveis no suicídio (Kirmayer, 2022), têm uma ligação estrita com as experiências das pessoas LGBTQI+.

Enquanto a literatura sobre o suicídio considera a interação entre os processos psicológicos e os processos interpessoais, estes são frequentemente descritos como se fossem independentes dos contextos socio-estruturais e culturais em que ocorrem (Hjelmeland & Knizek, 2020; Mueller et al., 2021). Ora não só essa independência dos fatores socio-estruturais e culturais não se aplica à compreensão do suicídio na população em geral, da China a Cuba, e na população migrante, refugiada e indígena, como demonstra Kirmayer (2022), como não será aplicável especialmente nas pessoas LGBTQI+ em sociedades plurais, onde são marcadas as adversidades socio-estruturais e culturais.

Também os fatores de resiliência, em face à adversidade e à ideação suicida, dependem de recursos sociais e macrosistémicos específicos para a comunidade LGBTQI+. A capacidade de imaginar o futuro e um sentimento duradouro de auto-

eficácia dependerão dos esforços e enquadramentos culturais, políticos e legislativos de um país. Do contexto social dependerão o sentimento de pertença e ligação com a comunidade LGBTQI+. O bem-estar existencial e/ou um sentido de propósito e significado, incluindo para o próprio sofrimento, poderão estar associados à experiência religiosa e/ou espiritual. Cada uma dessas fontes de resiliência é mediada pelos recursos disponíveis num determinado contexto sociocultural para a pessoa LGBTQI+.

Desta forma, parece-nos relevante reconhecer que o suicídio não é simplesmente um problema psicológico que pode ser caracterizado em termos de fatores de risco e proteção individual, mas é fundamentalmente moldado pelo contexto social e cultural; i.e. a interação complexa de variáveis que dependem da identidade da pessoa (designadamente, a orientação sexual, identidade e expressões de género e características sexuais), da sua história e do seu contexto social e cultural – como tal, pode ser entendido como um problema socio-estrutural e político (Kirmayer, 2022).

## **Conclusão**

A promoção da saúde mental nas populações LGBTQI+ passará necessariamente por políticas estruturais, interseccionais e transversais, promovendo assim mudança cultural, e reduzindo os níveis de homofobia, heterossexismo, transfobia e cisnormatividade nas sociedades plurais. Não obstante, os dados da investigação são claros a mostrar a necessidade e urgência de medidas focalizadas, incluindo programas de formação dirigidos a profissionais de saúde, de forma a promover o desenvolvimento de competências para a diversidade LGBTQI+ individual e cultural. A evidência empírica de intervenções específicas para populações LGBTQI+ migrantes e diversas culturalmente é ainda escassa, pelo que as práticas são muitas vezes ancoradas ora na literatura LGBTQI+, ora na literatura das migrações, das pessoas refugiadas e requerentes de asilo; mas os seus resultados e implicações devem ser lidos com sensibilidade para os impactos da interseccionalidade acima descritos. Em paralelo, são também fundamentais medidas orientadas para o empoderamento da própria sociedade civil LGBTQI+, reduzindo os níveis de isolamento e de homonegatividade internalizada, bem como medidas de promoção da literacia em saúde mental nestas populações.

## Referências

- Adamczyk, A., & Pitt, C. (2009). Shaping attitudes about homosexuality: The role of religion and cultural context. *Social Science Research, 38*(2), 338–351.
- Alegría, M., Álvarez, K., & DiMarzio, K. (2017). Immigration and Mental Health. *Current epidemiology reports, 4*(2), 145–155.
- Alessi, E. J. (2016). Resilience in sexual and gender minority forced migrants: A qualitative analysis. *Traumatology, 22*, 203–213.
- Alessi, E. J., & Kahn, S. (2017). A framework for clinical practice with sexual and gender minority asylum seekers. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 4*(4), 383.
- Alessi, E. J., Kahn, S., & Chatterji, S. (2016). ‘The darkest times of my life’: Recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity. *Child Abuse & Neglect, 51*, 93–105.
- Alessi, E. J., Kahn, S., & Van Der Horn, R. (2017). A qualitative exploration of the premigration victimization experiences of sexual and gender minority refugees and asylees in the United States and Canada. *Journal of Sex Research, 54*, 936–948.
- Aranda, F., Matthews, A. K., Hughes, T. L., Muramatsu, N., Wilsnack, S. C., Johnson, T. P., & Riley, B. B. (2014). Coming Out in Color: Racial/Ethnic Differences in the Relationship Between Level of Sexual Identity Disclosure and Depression Among Lesbians. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 21*(2), 247–257.
- Barnes, D.M., & Meyer, I.H. (2012). Religious Affiliation, Internalized Homophobia, and Mental Health in Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(4), 505-515. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01185.x
- Bauermeister J. A. (2014). How statewide LGB policies go from “‘under our skin” to “‘into our hearts”’: fatherhood aspirations and psychological well-being among

emerging adult sexual minority men. *Journal of youth and adolescence*, 43(8), 1295–1305.

Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5–34.

Boppana, S., & Gross, A.M. (2019). The Impact of Religiosity on the Psychological Well-being of LGBT Christians. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 23(4), 412–426. doi: 10.1080/19359705.2019.1645072

Bhugra D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243-58.

Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T., Dogra, N., Ingleby, D., et al. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*, 10, 2–10.

Casey, L. J., Wootton, B. M., & McAloon, J. (2020). Mental health, minority stress, and the Australian Marriage Law postal survey: A longitudinal study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(5), 546–556. <https://doi.org/10.1037/ort0000455>

Coyle, A., & Rafalin, D. (2000). Jewish gay men's accounts of negotiating cultural, religious, and sexual identity: a qualitative study. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 12(4), 21–48.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1249.

de Anstiss, H., & Ziaian, T. (2010). Mental health help-seeking and refugee adolescents: Qualitative findings from a mixed- methods investigation. *Australian Psychologist*, 45, 29–37.

Delgadillo, J. (2018). Worlds apart: social inequalities and psychological care. *Counseling & Psychotherapy Research*, 18, 111–113.

- Fernandes, M., Reis, E., & Moleiro, C. (2021). Conflict between religious/spiritual and LGB identities in Portugal: How is it related to coming out experiences, LGB identity dimensions and well-being? *Psychology of Religion and Spirituality*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/rel0000455>
- Figueroa, V., & Tasker, F. (2014). “I always have the idea of sin in my mind. . . .”: Family of origin, religion, and Chilean young gay men. *Journal of GLBT Family Studies*, 10(3), 269–297.
- Fuks, N., Smith, N. G., Peláez, S., De Stefano, J., & Brown, T. L. (2018). Acculturation Experiences Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Immigrants in Canada. *The Counseling Psychologist*, 46(3), 296-332.
- Harari, E., Glenwick, D.S., & Cecero, J.J. (2014). The Relationship Between Religiosity/Spirituality and Well-being in Gay and Heterosexual Orthodox Jews. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(9), 886–897. doi: 10.1080/13674676.2014.942840
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2020). The emperor’s new clothes? A critical look at the interpersonal theory of suicide. *Death Studies*, 44(3): 168–178.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. London, UK: McGraw-Hill.
- Horne, S. G., McGinley, M., Yel, N., & Maroney, M. R. (2022). The stench of bathroom bills and anti-transgender legislation: Anxiety and depression among transgender, nonbinary, and cisgender LGBQ people during a state referendum. *Journal of Counseling Psychology*, 69(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/cou0000558>
- Hynie, M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 297-303.
- Ibañez, G. E., Van Oss Marín, B., Flores, S. A., Millett, G., & Diaz, R. M. (2009). General and gay-related racism experienced by Latino gay men. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 15, 215–222.

- Israel, T. & Selvidge, M. (2003). Contributions of Multicultural Counseling to Counselor Competence with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 31(2), 84-98.
- Itzhaky, H., & Kissil, K. (2015). “It’s a Horrible Sin. If They Find Out, I Will Not be Able to Stay”: Orthodox Jewish Gay Men’s Experiences Living in Secrecy. *Journal of Homosexuality*, 62(5), 621–643. doi: 10.1080/00918369.2014.988532
- Kahn, S. (2015). Cast out: “gender role outlaws” seeking asylum in the West and the quest for social connections. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 13, 58 –79.
- Kahn, S., Alessi, E. J., Kim, H., Woolner, L., & Olivieri, C. J. (2018). Facilitating Mental Health Support for LGBT Forced Migrants: A Qualitative Inquiry. *Journal of Counseling & Development*, 96(3), 316–326.
- Kirmayer, L.J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164.
- Kirmayer, L.J. (2022). Suicide in cultural context: An ecosocial approach. *Transcultural Psychiatry*, 59(1), 3-12.
- Lewis, N.M. (2014). Rupture, resilience, and risk: Relationships between mental health and migration among gay-identified men in North America. *Health & Place* 27, 212–219.
- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–97.
- Moleiro, C. & Pinto, N. (2020). Legal gender recognition in Portugal: A path to self-determination. *International Journal of Gender, Sexuality and Law*, 1(1), 218-240.
- Moleiro, C., Pinto, N., & Freire, J. (2013). Effects of Age on Spiritual Well-being and Homonegativity: Religious Identity and Practices Among LGB Persons in Portugal. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 25(2), 93–111.

- Mueller, A. S., Abrutyn, S., Pescosolido, B., & Diefendorf, S. (2021). The social roots of suicide: Theorizing how the external social world matters to suicide and suicide prevention. *Frontiers in Psychology*, 12, 763.
- Nadal, K. L., & Corpus, M. J. H. (2013). “Tomboys” and “baklas”: Experiences of lesbian and gay Filipino Americans. *Asian American Journal of Psychology*, 4(3), 166–175. <https://doi.org/10.1037/A0030168>
- Nardelli, N., Baiocco, R., Tanzilli, A., & Lingardi, V. (2020) Not in the Same Mental Drawer: Internalized Sexual Stigma, Dissociation, and the Role of Religion in a Sample of Italian Gay Men. *Journal of Homosexuality*, 67(10), 1386-1400. doi: 10.1080/00918369.2019.1591786. Epub 2019 Mar 26. PMID: 30912733.
- Nerses, M., Kleinplatz, P. J., & Moser, C. (2015). Group therapy with International LGBTQ+ clients at the intersection of multiple minority status. *Psychology of Sexualities Review*, 6(1), 99-109.
- Pietkiewicz, I.J., & Kołodziejczyk-Skrzypek, M. (2016). Living in Sin? HowGay Catholics Manage Their Conflicting Sexual and Religious Identities. *Archives of Sexual Behavior*, 45(6), 1573-1585. doi: 10.1007/s10508-016-0752-0
- Pinto, N. & Moleiro, C. (2012). As experiências de cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: Perspetivas de profissionais de saúde e utentes. *Psicologia*, 26(1), 129-151.
- Pinto, N. & Moleiro, C. (2015). Gender trajectories: Transsexual people coming to terms with their gender identities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 12-20.
- Reading, R., & Rubin, L. R. (2011). Advocacy and empowerment: Group therapy for LGBT asylum seekers. *Traumatology*, 17(2), 86-98.
- Rodriguez, E.M. (2009). At the Intersection of Church and Gay: A Review of the Psychological Research on Gay and Lesbian Christians. *Journal of Homosexuality*, 57(1), 5–38. doi: 10.1080/00918360903445806

- Rodriguez, E.M., & Ouellette, S.C. (2000). Gay and Lesbian Christians: Homosexual and Religious Identity Integration in the Member and Participants of a Gay-Positive Church. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39(3), 333–347. doi: 10.1111/0021-8294.00028
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346–352.
- Shidlo, A., & Ahola, J. (2013). Mental health challenges of LGBT forced migrants. *Forced Migration Review*, 42, 9–11.
- Siriwardhana, C., Ali, S. S., Roberts, B., & Stewart, R. (2014). A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health*, 8(1), 1-14.
- Smith, T.B. & Trimble, J. E. (2016). *Foundations of Multicultural Psychology: Research to Inform Effective Practice*: American Psychological Association.
- Solntseva, S. (2019). (Trans)forming *queer* in migration narratives: the case of Russian gender/sexually nonconforming migrants in Berlin. Dissertação de Mestrado GLOBAL MINDS - *Erasmus Mundus European Master in the Psychology of Global Mobility, Inclusion and Diversity in Society*, Departamento de Psicologia, Instituto Universitário de Lisboa Iscte-Iul.
- Stern, S., & Wright, A.J. (2018). Discrete Effects of Religiosity and Spirituality on Gay Identity and Self-Esteem. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1071–1092. doi: 10.1080/00918369.2017.1368769
- Sue, D.W., Arredondo, P., & R. J. McDavis, R.J. (1992). Multicultural Counseling Competencies and Standards: A Call to the Profession, *Journal of Counseling Development*, 70(4), 477–486.
- Sue, D.W. & Sue, D. (2008). *Counseling the Culturally Diverse* (5th ed). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Zeidner, M., & Zevulun, A. (2018). Mental Health and Coping Patterns in Jewish Gay Men in Israel: The Role of Dual Identity Conflict, Religious Identity, and Partnership Status. *Journal of Homosexuality*, 65(7), 947–968.

## Capítulo 8

# **Violência, discriminação e saúde em tempos de pandemia por COVID-19: Impactos nas vidas das pessoas LGBTI**

Sofia Neves

## **Resumo:**

O presente capítulo apresenta alguns dos dados já disponíveis sobre os impactos da pandemia por COVID-19 nas vivências de discriminação e de violência das pessoas LGBTI, bem como na sua saúde mental e física. Recorrendo a estudos e a relatórios nacionais e internacionais, da academia e da sociedade civil, e tendo como pano de fundo os construtos de sindemia e de stresse baseado no estigma, sistematizam-se algumas evidências que apontam no sentido de ter havido, desde o início da pandemia, um agravamento das vulnerabilidades destas pessoas nos vários contextos das suas vidas. Assim, verifica-se um aumento das situações de discriminação e de violência, especialmente no âmbito da família e do trabalho, e uma deterioração da sua saúde física e psicológica, com um acréscimo das perturbações depressivas e de ansiedade. As pessoas LGBTI mais jovens e as de idade avançada, bem como as pessoas trans e as pessoas racializadas, parecem estar a ser as mais atingidas, sendo imperativo trazer a este debate, como a outros, a importância da interseccionalidade como matriz de análise e de ação.

## **Introdução**

Nas últimas décadas, têm sido muitos os estudos científicos a comprovar que as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo (LGBTI) são especialmente vulneráveis a diversos tipos de violência e a múltiplas formas de discriminação, nos mais variados contextos das suas vidas e em diferentes fases do seu desenvolvimento (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

Um dos mais recentes estudos europeus, realizado em 2019, que abrangeu cerca de 140000 pessoas com mais de 15 anos, concluiu que 43% das pessoas LGBTI já tinham experienciado pelo menos um episódio de discriminação nos 12 meses anteriores ao preenchimento do inquérito, tendo sido as pessoas trans as mais discriminadas de todas (FRA, 2020). Cerca de 60% das pessoas inquiridas admitiram ter vivido, nos últimos cinco anos, algum tipo de assédio no local de trabalho, na rua, nos transportes públicos, nas lojas, na *internet*, entre outros contextos, incluindo incidentes, sob a forma tentada ou consumada, de natureza sexual. Cinco por cento das pessoas revelaram ter sido física ou sexualmente agredidas, destacando-se mais uma vez as pessoas trans como as principais vítimas. Mais de 4 em cada 10 pessoas (43%) referiram que a violência contra pessoas

LGBTI aumentou um pouco ou muito nos seus países de origem nos últimos 5 anos. Mais de metade da amostra (53 %) quase nunca ou raramente admitiu ser LGBTI.

As vulnerabilidades das pessoas LGBTI estão frequentemente associadas ao estigma social que pende sobre as orientações sexuais não heteronormativas e às identidades ou expressões de género não binárias ou não cisnormativas, o qual contribui para que sejam remetidas para uma posição de marginalização (Price-Feeney et al., 2020; Sherriff et al., 2019). Nas esferas pessoal, familiar e social, as pessoas LGBTI são confrontadas com diversas experiências de opressão, com implicações muito negativas para a sua saúde e bem-estar, nomeadamente no que respeita à manifestação de sintomatologia psicopatológica e física, com especial destaque para a ideação suicida, em particular por parte das mais jovens (Patten et al., 2022)

Em circunstâncias de crise, como a que se vive atualmente à escala global na sequência dos efeitos causados pela pandemia por COVID-19, às vulnerabilidades anteriormente mencionadas têm vindo a somar-se outras. De acordo com as Nações Unidas (OHCHR, 2020), as pessoas LGBTI são potencialmente aquelas que mais fustigadas podem ser pela situação pandémica por COVID-19, pelas razões que se elencam na Tabela 1.

Tabela 1

*Razões para as vulnerabilidades acrescidas das pessoas LGTTI (OHCHR, 2020)*

Estigma e discriminação associadas à procura de serviços de saúde
Atraso no acompanhamento de outras condições de saúde não motivadas pela COVID-19, como é o caso da testagem de HIV e dos tratamentos afirmativos de género
Discursos e ataques de ódio por parte da comunidade
Abuso e violência doméstica
Acesso deficitário ao trabalho e exposição a condições não condignas de remuneração

Com efeito, a presença de stressores adicionais, designadamente a nível financeiro, habitacional, alimentar e social, não apenas fragiliza as pessoas LGBTI, como as limita na sua capacidade de procurar e ativar recursos de apoio (Gonzales et al., 2020). Adicionalmente, há evidências que apontam para o facto de este ser, dentre a população geral, um dos grupos em maior risco de desenvolver doença grave como resultado da

COVID-19 (Sell & Krims, 2021), tendo em conta as situações de risco com as quais se confrontam no seu dia-a-dia.

O presente capítulo discorre, ainda que não de forma exaustiva, sobre alguns dos dados conhecidos até ao momento acerca dos impactos da pandemia por COVID-19 no que toca às vivências de discriminação e de violência das pessoas LGBTI, bem como à sua saúde mental e física. São apresentados, a título ilustrativo, exemplos de estudos realizados em diferentes partes do mundo e de acordo com diferentes abordagens metodológicas.

### **Discriminação e violência contra pessoas LGBTI e COVID-19**

De um modo geral, as situações de crise social e económica potenciam os riscos das populações já antes atingidas pelas desigualdades. Por se encontrarem previamente expostas a condições que comprometem a sua plena integração, a instabilidade gerada pelas situações de crise tende a agravar-se, deixando as pessoas LGBTI, a par de outras igualmente vulneráveis, como sejam as pessoas migrantes e refugiadas ou em situação de sem abrigo, mais suscetíveis ao desemprego, à precariedade, à exclusão e à pobreza (UN, 2020).

A relação entre o estatuto socioeconómico e as taxas de infeção e de morte por COVID-19 tem vindo a ser objeto de atenção por parte da comunidade científica. As pessoas com um baixo estatuto socioeconómico acumulam várias condições que aumentam a probabilidade de contraírem o vírus, nomeadamente porque tendem a viver em acomodações superlotadas, as quais favorecem a contração de doenças do trato respiratório e dificultam a manutenção do distanciamento físico, a desenvolver atividades profissionais não só mais precárias, como menos compatíveis com o teletrabalho, a ter salários mais reduzidos e, por isso, a ter mais preocupações financeiras e a experienciar mais stresse, sendo este prejudicial ao sistema imunitário (Patel et al., 2020). Concomitantemente, as pessoas que vivem em países em vias de desenvolvimento ou que têm uma conjuntura económica débil, têm menos segurança alimentar, menos acessibilidade a cuidados de saúde e, em particular, à vacinação, estando também mais expostas a condições de salubridade deficitárias (Workie et al., 2020).

De acordo com alguns e algumas autoras (e.g., Bragazzi, 2021), quando uma condição adversa ou doença interage com outras condições adversas ou outras doenças,

é previsível que se observe o designado efeito sindémico, um termo agregador do conceito de epidemia sinérgica, introduzido pela primeira vez por Merrill Singer, na sequência do desenvolvimento da teoria sindémica. Singer verificou que as mulheres oriundas de minorias étnicas reportavam várias comorbilidades, como HIV, violência, abuso de substâncias, pobreza e marginalização, o que resultava em piores indicadores de saúde. Assim, concluiu que as condições de adversidade coexistentes amplificam os efeitos negativos umas das outras. As mesmas evidências têm sido encontradas junto de populações LGBTI (Hossain et al., 2021).

Tendo em conta as várias condicionantes subjacentes à pandemia por COVID-19, a mesma tem sido descrita como uma sindemia marcada por um cenário global de vicissitudes sociais, ambientais e económicas (Bispo & Santos, 2021). Tal conceito, por sua vez, convoca a adoção de uma matriz interseccional não apenas na análise do fenómeno, mas também na sua prevenção e combate. Tal como Crenshaw o estabeleceu, em 1989, o conceito de interseccionalidade refere-se ao modo como as identidades como a *raça*, o género e a classe se intersectam, produzindo vulnerabilidades estruturais. Ora os efeitos da sindemia por COVID-19 parecem fazer-se sentir disformemente em diferentes grupos sociais (Obinna, 2021), sendo uns mais lesados do que outros. Uma investigação que envolveu 38 países (OutRight Action International, 2020), levada a cabo com o objetivo de caracterizar a pandemia e as medidas de saúde pública adotadas (ou não) no que toca às pessoas LGBTI, recorrendo a entrevistas em profundidade com 59 pessoas, fez sobressair sete temas especialmente relevantes (Cf. Tabela 2). Em interação, estes temas reforçam a tese da sindemia mencionada anteriormente.

Tabela 2

*Temas emergentes no estudo Vulnerability amplified: The Impact of the COVID-19 Pandemic on LGBTIQ People (OutRight Action International, 2020)*

---

Devastação dos meios de subsistência e aumento da insegurança alimentar

---

Perturbações no acesso aos cuidados de saúde e relutância em os procurar

---

Elevado risco de violência familiar ou doméstica

---

Isolamento social e ansiedade aumentada

---

Medo da violência social, estigma e discriminação

---

Abuso de poder por parte do Estado

---

Preocupações com a sobrevivência organizacional, apoio comunitário e unidade

---

De seguida, cada tema será explanado e complementado por dados de outros estudos que os corroboram.

No que se refere ao tema *Devastação dos meios de subsistência e aumento da insegurança alimentar*, mais de metade das pessoas entrevistadas referiu especificamente estar preocupada com a escassez de alimentos para si ou para as suas comunidades. Foram sublinhadas as carências económicas das pessoas trabalhadoras sexuais, sendo que as mulheres trans, em particular, estão desproporcionalmente representadas no trabalho sexual devido à discriminação que sofrem em outros setores relacionados com o emprego e a educação. A pandemia por COVID-19, tendo implicado a suspensão das atividades presenciais, redundou numa perda de rendimento para os/as profissionais da indústria sexual, e muito particularmente para aqueles/as cuja atividade era já mais precária, como é o caso da prostituição de rua. Embora se tivesse observado um aumento da oferta *online*, a mesma só foi possível para quem dispunha de competências e recursos digitais (Passos & Almeida-Santos, 2020).

Como é amplamente reconhecido, as pessoas LGBTI, em especial as pessoas trans, enfrentam mais situações de desemprego, de precariedade e de pobreza do que as pessoas não LGBTI (Carpenter et al., 2020; Ross et al., 2016). Ainda que nas últimas décadas as transformações em matéria de Direitos tenham sido muito expressivas, em concreto no que toca às questões do casamento entre pessoas do mesmo sexo, as disparidades persistem. Assim, os resultados de investigações recentes indicam que as pessoas LGBTI continuam a ter menos oportunidade de emprego, a ter ocupações menos diferenciadas, a ter rendimentos mais baixos, a progredir menos na carreira, a ter menos benefícios sociais e a usufruir menos de seguros de saúde (Badgett et al., 2021). De acordo com a Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 11% das pessoas LGBTI já se sentiram discriminadas aquando da procura de trabalho, sendo que 21% admitiram já ter sido vítimas de discriminação no contexto profissional (FRA, 2020).

Uma investigação conduzida nos Estados Unidos da América (EUA) comprovou que o emprego das pessoas LGBTI foi prejudicado pela pandemia, sendo que no caso das pessoas LGBTI racializadas ou com HIV os efeitos foram ainda mais severos (Martino et al., 2021). Estima-se que 30% das pessoas LGBT, no mesmo país, tenham sido afetadas nas suas horas de trabalho ou tenham visto os seus salários diminuídos, por comparação

a 22% da população geral (McKay et al., 2020). As estatísticas também mostram que as pessoas racializadas têm níveis de hospitalização mais elevados do que as não racializadas (CDC, 2020).

De acordo com o *Movement Advancement Project* (2020), 66% das famílias LGBTI e 44% das famílias não LGBTI tiveram, respetivamente, desde que a pandemia começou, sérios problemas financeiros, incluindo dificuldades em pagar o gás ou a eletricidade, as despesas de saúde ou os créditos bancários. Cinquenta e dois por cento das pessoas LGBTI e 36% das pessoas não LGBTI com crianças a cargo, respetivamente, sentiram mais constrangimentos relativos à educação das mesmas. Trinta e oito por cento das famílias LGBTI e 19% das famílias não LGBTI, respetivamente, não conseguiram ou enfrentaram obstáculos para aceder a cuidados de saúde por questões médicas sérias.

Quanto ao tema *Perturbações no acesso aos cuidados de saúde e relutância em os procurar*, as pessoas entrevistadas mencionaram ter protelado a procura de cuidados de saúde por temer a forma como iriam ser tratadas. Outras apontaram ter sentido dificuldades no acesso a medicamentos ou tratamentos para o HIV, mesmo quando encaminhadas por organizações da comunidade. As pessoas trans e intersexo também identificaram constrangimentos ao nível do tratamento hormonal e outros cuidados associados à afirmação de género, tendo estes sido considerados não essenciais e, por isso, não prioritários.

Estudos prévios sobre outras pandemias, como o HIV, as doenças tropicais e o Ébola, só para citar alguns exemplos, mostram que o estigma de estar doente, sobretudo numa fase em que pouco se sabe sobre a doença, afeta o estado geral de saúde das pessoas (Celum et al., 2020). No caso da pandemia por COVID-19, o diagnóstico da doença associado a outros elementos, como a condições socioeconómicas, pode perpetuar as desigualdades e reforçar a segregação (Roelen et al., 2020).

No que toca ao tema *Elevado risco de violência familiar ou doméstica*, as pessoas entrevistadas reportaram não só ter-se sentido em maior risco de ser vítimas de abuso ou violência em casa, como ter tido conhecimento de outras pessoas cujo risco foi agravado face à coabitação forçada com parceiros/as ou familiares abusivos/as durante as quarentenas ou os confinamentos obrigatórios. Foram relatados casos de jovens que se viram forçados/as a regressar a casa por terem desistido da escola ou perdido o emprego.

Com efeito, a desproteção das vítimas fez-se sentir, de forma mais significativa, nos casos de violência doméstica e/ou violência baseada no gênero, dado que estas ficaram isoladas, não raras vezes, com as suas pessoas agressoras (Polischuk & Fay, 2020). Dentre as vítimas, as pessoas LGBTI têm vindo a ser apontadas como aquelas que mais viram agravados os processos de abuso e de violência doméstica no curso dos períodos de confinamento (DeMulder et al., 2020; Kneale & Becares, 2020; Hall et al., 2022; Salerno et al., 2020). Segundo os dados do FRA (2020), 16 % dos atos de violência sexual e 4% dos de violência física sofridos por pessoas LGBTI são praticados por pessoas próximas.

Segundo os dados de um inquérito levado a cabo nos EUA pela *Human Rights Campaign Foundation* (2020), as pessoas LGBTI têm, no contexto da pandemia por COVID-19, o dobro de probabilidade de ser vítimas de violência doméstica. Um estudo feito com casais de gays, da autoria de Walsh et al. (2021), demonstrou que, durante o curso da pandemia, houve uma prevalência de 15.17% de perpetração e de 14.95% de vitimação, com 34.44% e 46.88% de casos novos ou mais frequentes, respetivamente.

De março a maio de 2020, nos EUA, 12.6% das pessoas gays, das bissexuais e dos homens que fazem sexo com homens reportaram ter sido vítimas de algum tipo de violência na intimidade (Stephenson, 2021). Cerca de 10% indicaram ter sofrido de violência emocional, 2.2% de violência sexual e 1.8% de violência física. Nos períodos de confinamento, das pessoas que relataram ter sido vítimas, cerca de 50% admitiram tê-lo sido pela primeira vez.

Na China, 4.2% das pessoas participantes num estudo que envolveu uma amostra total de cerca de 850 pessoas experienciaram algum tipo de conflito familiar relacionado com a sua orientação sexual (Suen et al., 2020).

Quanto ao tema *Isolamento social e ansiedade aumentada*, as pessoas entrevistadas aludiram à questão de não poderem estar em espaços seguros como centros comunitários, bares, cafés ou casas de amigos/as, bem como ter medo de ser expulsas de casa. Tais circunstâncias fizeram disparar a ansiedade, que se tornou mais aguda aquando da frequência de contextos homofóbicos ou transfóbicos, pelo receio da rejeição pelos membros da família e/ou pela dificuldade em arranjar emprego.

Também o fecho das escolas contribuiu para o agudizar das situações de solidão e para uma maior invisibilização do sofrimento das crianças e jovens LGBTI (Ormiston & Williams, 2021).

O isolamento físico imposto pela pandemia por COVID-19 veio estreitar, ainda mais, as redes de suporte disponíveis e a acessibilidade a recursos, deixando as pessoas, de um modo geral, e as vítimas de violência, em particular, mais desprotegidas. No caso das crianças e jovens verificou-se um acréscimo de experiências adversas na família, como seja de abuso físico, abuso sexual e negligência e simultaneamente um estreitamento na capacidade de deteção precoce dessas situações (Cohen & Bosk, 2020).

As pessoas entrevistadas no âmbito da investigação feita pelo *OutRight Action International* (2020) sublinharam o facto dos serviços de aconselhamento, por exemplo, terem fechado ou diminuído as horas de funcionamento, deixando as vítimas de violência sem apoio.

Para contrariar este défice, alguns serviços de aconselhamento *online*, prestados através de plataformas síncronas de texto, foram criados ou reforçados, o que parece ter resultado numa perceção de maior segurança para as pessoas mais jovens (Fish et al., 2020)

Do ponto de vista das pessoas ativistas da sociedade civil, o isolamento físico fez igualmente com que o número de ações coletivas ficasse reduzido, não conseguindo o ativismo digital abranger muitos dos objetivos do ativismo presencial (Kauss et al., 2021). Adicionalmente, a suspensão das manifestações públicas do orgulho LGBTI, como sejam as marchas e os festivais, poderá ter dificultado a criação ou manutenção do sentido de pertença, tão importante para o garante do bem-estar individual (Banerjee & Nair, 2020). Suen et al. (2020) concluíram que 1/3 das pessoas LGBTI viram a sua conexão com a comunidade fortemente reduzida (34.7%).

Relativamente ao tema *Medo da violência social, estigma e discriminação*, algumas pessoas entrevistadas referiram ter sido tratadas como bodes expiatórios no início da pandemia. A culpabilização das pessoas LGBTI parece ter começado em países como o Gana, Guiana, Quênia, Libéria, Rússia, Uganda, Ucrânia, EUA e Zimbabué, sendo que líderes de religiões mais conservadoras, entre outros, clamaram que a COVID-19 seria uma punição de Deus pelos pecados cometidos pelas pessoas LGBTI. Nos EUA, algumas igrejas cristãs evangélicas apelidaram mesmo o COVID-19 de homovírus,

defendendo que as pessoas LGBTI se deveriam arrepender de o serem e, assim, proteger o país.

Em virtude da pandemia, muitos Estados foram obrigados a adotar medidas excepcionais por forma a conter a propagação do vírus. Em alguns deles, tal parece ter dado azo a situações de *Abuso de poder*. Os dados do estudo conduzido pela *OutRight Action International* (2020) sustentam que alguns Estados usaram o pretexto da COVID-19 para suspender a aplicação de algumas leis. Exemplo disso são a Hungria, que proibiu as pessoas trans de alterarem legalmente o seu género, contrariando a Convenção Europeia dos Direitos Humanos, e o Uganda que, após um dos confinamentos obrigatórios, permitiu que uma casa abrigo para pessoas LGBTI fosse invadida pelas autoridades policiais e a vizinhança, tendo sido 23 pessoas detidas. Em julho de 2020, o Relatório do Especialista Independente das Nações Unidas (UN, 2020), Victor Madrigal-Borloz, alertava já para o facto das pessoas LGBTI estarem a ser expostas a abusos por parte das polícias, no cumprimento daquilo que estas argumentavam ser a aplicação das medidas excepcionais de controlo. As detenções seletivas foram as mais referenciadas.

Quanto às *Preocupações com a sobrevivência organizacional, apoio comunitário e unidade*, muitas pessoas entrevistadas mencionaram que a pandemia veio enfraquecer os movimentos sociais, diminuir o suporte financeiro decorrente de doações, e condicionar o envolvimento de pessoas voluntárias. Assim, afirmaram temer que as questões associadas aos Direitos das pessoas LGBTI perdessem não apenas destaque, como se tornassem pouco prioritárias.

Face ao exposto, afigura-se como evidente o retrocesso que a pandemia por COVID-19 parece ter imprimido às vidas das pessoas LGBTI, que se viram confrontadas com situações de discriminação e de violência adicionais. Também por esse facto, a sua saúde parece ter sido especialmente atingida, como se verá pelo exposto no ponto que se segue.

### **A saúde das pessoas LGBTI e a COVID-19**

A pandemia por COVID-19, declarada como tal pela Organização Mundial de Saúde em março de 2020, representa hoje um dos maiores desafios da Humanidade, estimando-se que só em 2021 os casos de infeção por SARS-CoV-2 tenham ultrapassado os 94 milhões e o número de mortes os 2 milhões (Mouffak et al., 2021). Apesar dos avanços realizados no que respeita à inoculação das pessoas com vista à prevenção da

doença, o facto é que os registos continuam a mostrar que a pandemia está longe de estar controlada. O elevado número de pessoas infetadas e o expressivo volume de óbitos, assim como o desconhecimento face às consequências que a doença pode acarretar, a médio e a longo prazos, contribuem para um sentimento generalizado de desproteção e de insegurança, em especial junto das populações vulneráveis (Fuertes et al., 2021).

Não obstante a adoção, por parte dos Estados, de medidas específicas para estas populações vulneráveis, é consensual a escassez de apoios orientados concretamente para as pessoas LGBTI, ignorando-se que, quer do ponto de vista da sua saúde física, quer do ponto de vista da saúde mental, estas se encontram numa situação de risco agravado (Salerno et al., 2020; UN, 2020).

Como alguns estudos têm vindo a apontar, as pessoas LGBTI parecem estar a ser desproporcionalmente afetadas pela pandemia, quando comparadas com as pessoas cis e as heterossexuais, relevando sofrer efeitos mais severos quando infetadas pelo vírus SARS-CoV-2, nomeadamente tempos de infeção mais prolongados e maior taxa de mortalidade (Phillips, 2021). Para além disso, os dados sugerem que dentre as pessoas LGBTI, as que são alvo de racismo, xenofobia ou idadeísmo estão numa situação agravada de vulnerabilidade, sendo que as pessoas racializadas e as pessoas mais velhas apresentam riscos diretos e indiretos mais acentuados (Banerjee & Nair, 2020).

Os riscos associados às pessoas LGBTI não se prendem com o facto de elas serem LGBTI, mas antes com condições pré-existentes, decorrentes sobretudo do stresse subjacente ao estigma que experimentam. Este pode, entre outros fatores, ser o resultado de experiências quotidianas de discriminação, como sejam as microagressões, os ataques ou os despedimentos, de expectativas de rejeição e da autodepreciação motivada pela homofobia internalizada (Frost et al., 2015; Meyer et al., 2008).

O stresse baseado no estigma, que atinge especialmente determinados grupos sociais como as pessoas LGBTI (Meyer, 2003, 2016; Perri et al., 2021), tende a estar associado a piores indicadores de saúde, os quais se expressam em mais doença mental, como depressão e ansiedade, mais abuso de substâncias, mais problemas relacionados com o peso e com o comportamento alimentar, menor qualidade do sono, mais doença cardiovascular, respiratória e oncológica, e mais infeções sexualmente transmissíveis, como o HIV (Banerjee & Nair, 2020; Iverson et al., 2020; Newcomb et al., 2019; Phillips, 2021). O facto da prevalência de HIV e outras doenças sexualmente

transmissíveis ser superior nestas pessoas, especialmente nas que consomem drogas e são trabalhadoras sexuais, faz com que o seu sistema imunitário seja mais frágil, deixando-as mais suscetíveis a doenças infecciosas (Singhal, 2020). Estima-se que homens que têm sexo com homens tenham 22 vezes mais probabilidades de contrair HIV do que as pessoas heterossexuais e as mulheres trans 12 vezes mais do que a população em geral (UNAIDS, 2020).

Complementarmente, alguns estudos têm mostrado que algumas pessoas LGBTI estão pouco conscientes ou tendem a ignorar os fatores de risco associados à pandemia por COVID-19, mostrando níveis elevados de autoconfiança e reduzida preocupação quanto às estratégias de prevenção da doença, em comparação com as pessoas não LGBTI (e.g., Ko et al., 2020). Tal parece ter correspondido, por exemplo, a menos cuidados em matéria de ventilação e desinfecção dos espaços. Por outro lado, para evitarem abordagens discriminatórios e por terem preocupações relacionadas com a segurança, eficácia e potenciais efeitos negativos parecem resistir mais do que as pessoas não LGBTI ao processo de vacinação (Garg et al., 2021).

Um estudo realizado com 1350 pessoas, 61.6% das quais gays e 57.9% racializadas, concluiu que a falta de confiança nos/as profissionais de saúde e o estigma face à vacina estavam associados a uma diminuição da aceitação do processo de vacinação (Teixeira da Silva et al. 2021).

Quando presentes, os elementos anteriormente elencados aumentam a probabilidade de contração do vírus SARS-CoV-2 e potenciam a emergência de complicações graves, podendo causar inclusive a morte (CDS, 2020).

As questões da doença mental associadas à pandemia por COVID-19 e, em concreto, às pessoas LGBTI, estão bem patentes em investigações realizadas em diferentes países. De um modo geral, os estudos revelam que o bem-estar psicológico das pessoas LGBTI tende a ser menor do que o das pessoas não LGBTI (Buspavanich et al., 2021).

Em consequência, e como seria esperado, os casos de depressão e de ansiedade aumentaram exponencialmente nos casos em que os indivíduos foram objeto de experiências homofóbicas ou transfóbicas durante as quarentenas e os confinamentos, com cerca de 70% das pessoas LGBTI a exibir sintomatologia depressiva (Kneale & Becares, 2020).

Num total de 857 pessoas LGB que participaram de um estudo realizado em Hong Kong, cerca de 1 em cada 4 cumpria os critérios de diagnóstico clínico de depressão (31.5%) e de ansiedade generalizada (27.9%) (Suen et al., 2020).

Um estudo realizado em Portugal por Gato et al. (2020) com adolescentes e jovens adultos/as LGBTI apontou para o facto de existir uma associação entre não ter ou não frequentar um curso universitário, ter experienciado um impacto negativo da pandemia no quotidiano e ter tido um clima familiar negativo e apresentar níveis mais elevados de depressão e ansiedade.

Gonzales et al. (2020), através de um inquérito online a cerca de 500 estudantes do Ensino Superior entre os 18 e os 25 anos, verificaram que quase metade (45.7%) das pessoas LGBTI não tinha suporte familiar, sendo que perto de 60% admitiram ter tido problemas de stresse, ansiedade e depressão durante a pandemia (Gonzales et al., 2020).

Um outro estudo com cerca de 200 estudantes do Ensino Superior da Coreia do Sul revelou que aproximadamente 20% das pessoas LGBTI experimentaram episódios de estresse agudo, ansiedade e depressão durante a pandemia, tendo as mulheres cotado mais alto em todos os níveis (Jung et al., 2021).

Segundo Phillips (2021) a pandemia fez aumentar, em 7%, os comportamentos autolesivos das pessoas LGBTI, sendo que 61% destas afirmaram que a sua saúde mental piorou. De sublinhar o facto de aproximadamente 60% destas pessoas terem declarado sentir-se, muitas vezes ou todos os dias, sós durante os confinamentos. Segundo os dados do FRA (2020), 77% das pessoas LGBTI vivem com alguém e 67 % vivem com uma pessoa parceira, sendo que 12% vivem com crianças.

Um estudo que envolveu mais de 2000 jovens adultos/as concluiu que as mulheres heterossexuais, os homens e as mulheres não heterossexuais e as pessoas trans ou não binárias foram aquelas que mais se envolveram em comportamentos negativos de *coping*, sendo que os homens não heterossexuais foram os que mais abusaram de substâncias e as mulheres não heterossexuais e as pessoas trans ou não binárias foram as que mais evidenciaram comportamentos autolesivos e problemas de comportamento alimentar (Krueger et al., 2021).

Uma investigação conduzida no Brasil revelou que numa amostra que cerca de 1000 pessoas LGBTI, a percentagem de episódios de discriminação e de sintomatologia

depressiva foi de 36% e 24.8% respetivamente, com a doença mental e a homofobia a salientarem-se como as principais preocupações durante a pandemia (Torres et al., 2021).

De acordo com Pedro e Pereira (2021), a sintomatologia ansiosa está negativamente associada à idade e positivamente aos efeitos graves da doença, ao medo da COVID-19 e ao seu impacto negativo. De acordo com os autores, a idade, o género e a orientação sexual explicam 8% da variância dos sintomas ansiosos e 28% quando os fatores estão associados ao medo e ao impacto negativo da COVID-19. As mulheres e as pessoas participantes que indicam ser bissexuais revelam níveis mais altos de ansiedade em comparação com os homens e as pessoas heterossexuais, e os gays e as lésbicas.

Marmet et al. (2021) concluíram que, em comparação com os homens heterossexuais, os homens gays mostraram níveis mais altos de trauma psicológico, medo, isolamento, depressão e menor qualidade de sono durante a pandemia.

Como se pode constatar, as vulnerabilidades das pessoas LGBTI e os impactos ao nível da saúde mental decorrentes da pandemia por COVID-19 manifestam-se diferentemente entre elas, ficando claro, mais uma vez, que as pertenças identitárias de género, orientação sexual, identidade e expressão de género, características sexuais à nascença, etnia, idade, estatuto socioeconómico, entre outras, criam desafios particulares para os quais é necessário encontrar respostas igualmente particulares.

## **Reflexões finais**

As condicionantes socioeconómicas que enformam os contextos pandémicos, que por norma são caracterizados pela crise e pela instabilidade, atingem com especial saliência os grupos socialmente mais desprotegidos, deixando-os ainda mais suscetíveis às adversidades.

Historicamente, as pessoas LGBTI têm vindo a enfrentar obstáculos diversos, sendo muitas vezes apartadas dos seus direitos fundamentais e, assim, impedidas de aceder integralmente às liberdades e garantias que, em alguns Estados, a Lei lhes confere. Nos diferentes espaços em que se movimentam, dos micro aos macro, da infância à idade adulta, as pessoas LGBTI lidam com o estigma e com o preconceito de pessoas e instituições, e experimentam a segregação objetiva e simbólica de quem as perspetiva como uma ameaça.

Como se antecipava, os dados disponíveis até ao momento sobre a relação entre as experiências de discriminação e de violência e a saúde das pessoas LGBTI e a pandemia por COVID-19, coligidos a partir de estudos académicos e de relatórios da sociedade civil, indicam que as suas condições de vida se deterioraram substancialmente nos últimos quase 2 anos. Cientes desta possibilidade foram muitas as organizações a clamar por uma atenção especial a este grupo, alertando para a necessidade de se desenvolverem medidas específicas que pudessem mitigar os efeitos da propagação do vírus. Não obstante, tais medidas parecem ter ficado, na maioria dos casos, no domínio das intenções.

Tal como aconteceu aquando da emergência da pandemia por HIV ou Ébola, aquando do aparecimento da nova variante da COVID, foram as pessoas LGBTI as primeiras a ser responsabilizadas por propagar o vírus pelo mundo, sendo mais uma vez demonizadas por *supostamente* disseminar o pecado e, conseqüentemente, objeto de estereótipos e preconceitos.

Como ficou patente pelo exposto nas seções anteriores deste capítulo, as vulnerabilidades das pessoas LGBTI, associadas aos estereótipos e preconceitos que sobre elas recai, exacerbam os fatores de risco não só para a contração do vírus SARS-CoV-2, como também para o agravamento dos efeitos da doença, potenciando inclusive a morte. Por outro lado, a comorbilidade com outras patologias, físicas e psicológicas, a qual é explicada em parte pelo stresse baseado no estigma, fragiliza a saúde física e psicológica das pessoas LGBTI, afetando a sua qualidade de vida e o seu bem-estar. Para agravar este quadro, constata-se uma certa relutância das pessoas LGBTI em ser vacinadas e em procurar cuidados de saúde por temerem a discriminação, o que dificulta a adequada avaliação, diagnóstico e tratamento da COVID-19.

Genericamente, o que os estudos analisados demonstram é que as pessoas LGBTI apresentaram, especialmente durante os períodos de quarentena e confinamento, mais sintomatologia depressiva e ansiosa, muitas vezes associada à perda de poder económico, mas também à exposição a condições de rejeição, de discriminação e de violência, e à carência de suporte social e comunitário. A sua acessibilidade a cuidados médicos, sobretudo no caso das pessoas trans, trabalhadoras do sexo e portadoras de doenças crónicas, foi substancialmente reduzida, tendo as pessoas mais jovens e as de idade avançada sido aquelas que terão sido mais prejudicadas pelo distanciamento físico. De

destacar a violência doméstica e de gênero que encontraram, na obrigatoriedade do isolamento social, espaço para se agigantarem.

Dentre as pessoas LGBTI, destacam-se também aquelas que, por acumularem experiências de opressão em função da sua pertença étnica e/ou do seu estatuto (e.g., imigrantes, refugiadas, em situação de sem-abrigo), foram mais fustigadas pelos efeitos de uma pandemia que, de acordo com uma perspectiva interseccional e sindémica, se pulverizou em várias.

No rescaldo dos últimos quase 2 anos, mas igualmente dos ensinamentos que a História nos oferece em matéria de Direitos Humanos, afigura-se por demais evidente a urgência de se repensar a abordagem dos Estados às situações pandémicas e aos desafios que as mesmas convocam em termos de garante da Saúde Pública e da igualdade entre as pessoas. Sendo esta ainda um vislumbre para alguns grupos sociais, impõe-se uma avaliação cuidada e exaustiva das consequências da COVID-19, por forma a serem definidas linhas de ação futura que sejam orientadas para as especificidades de quem é mais vulnerável. Adicionalmente, é imprescindível que se proceda a um balanço sério sobre os impactos a médio e a longo prazos da doença, mas também da discriminação e da violência que a mesma intensificou, reforçando o fosso das assimetrias económicas e sociais.

## Referências

- Badgett, M. V. L., Carpenter, C. S., & Sansone, D. (2021). LGBTQ Economics. *Journal of Economic Perspectives*, 35(2), 141–170. <https://doi.org/10.1257/jep.35.2.141>
- Banerjee, D., & Nair, V. S. (2020). “The Untold Side of COVID-19”: Struggle and Perspectives of the Sexual Minorities. *Journal of Psychosexual Health*, 2(2), 113–120. <https://doi.org/10.1177/2631831820939017>
- Bispo, J. & Santos, D. (2021). COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(10), e00119021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>
- Bragazzi, N. L. (2021). The COVID-19 Pandemic Seen from a Syndemic Perspective: The LGBTQIA2SP+ Community. *Infectious Disease Reports*, 13(4), 865–871. <https://doi.org/10.3390/idr13040078>

- Buspavanich, P., Lech, S., Lermer, E., Fischer, M., Berger, M., Vilsmaier, T., Kaltofen, T., Keckstein, S., Mahner, S., Behr, J., Thaler, C. J., & Batz, F. (2021). Well-being during COVID-19 pandemic: A comparison of individuals with minoritized sexual and gender identities and cis-heterosexual individuals. *PLoS ONE*, *16*(6), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252356>
- Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender Status, Gender Identity, and Socioeconomic Outcomes in the United States. *ILR Review*, *73*(3), 573–599. <https://doi.org/10.1177/0019793920902776>
- Celum, C., Barnabas, R., Cohen, M. S., Collier, A., El-Sadr, W., Holmes, K. K., Johnston, C., & Piot, P. (2020). Covid-19, Ebola, and HIV - Leveraging Lessons to Maximize Impact. *The New England Journal of Medicine*, *383*(19), e106. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2022269>
- Centers for Disease Control and Prevention (2020). *COVID-19 in racial and ethnic minority groups*. [https://stacks.cdc.gov/view/cdc/89820/cdc\\_89820\\_DS1.pdf](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/89820/cdc_89820_DS1.pdf)
- Cohen, R., & Bosk, E. (2020). Vulnerable Youth and the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*, *146*(1), e20201306. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1306>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum* 39.
- DeMulder, J., Kraus-Perrotta, C., & Zaidi, H. (2020). Sexual and gender minority adolescents must be prioritised during the global COVID-19 public health response. *Sexual and reproductive health matters*, *28*(1), 1804717. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1804717>
- Fish, J. N., McInroy, L. B., Pacey, M. S., Williams, N. D., Henderson, S., Levine, D. S., & Edsall, R. N. (2020). "I'm Kinda Stuck at Home With Unsupportive Parents Right Now": LGBTQ Youths' Experiences With COVID-19 and the Importance of Online Support. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *67*(3), 450–452. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.002>
- FRA (2020). *Along way to go for LGBTI equality*. FRA.

- Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (n.d.). *Minority stress and physical health among sexual minority individuals*. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8>
- Fuertes, R., Belo, E., Merendeiro, C., Curado, A., Gautier, D., Neto, A., & Taylor, H. (2021). Lisbon's COVID 19 response: harm reduction interventions for people who use alcohol and other drugs in emergency shelters. *Harm Reduction Journal*, *18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00463-x>
- Garg, I., Hanif, H., Javed, N., Abbas, R., Mirza, S., Javaid, M. A., Pal, S., Shekhar, R., & Sheikh, A. B. (2021). COVID-19 Vaccine Hesitancy in the LGBTQ+ Population: A Systematic Review. *Infectious disease reports*, *13*(4), 872–887. <https://doi.org/10.3390/idr13040079>
- Gato, J., Leal, D., & Seabra, D. (2020). When home is not a safe haven: Effects of the COVID-19 pandemic on LGBTQ adolescents and young adults in Portugal. *Revista PSICOLOGIA*, *34* (2), 89-100. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i2.1667>
- Gonzales, G., Loret de Mola, E., Gavulic, K. A., McKay, T., & Purcell, C. (2020). Mental Health Needs Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender College Students During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health*, *67*(5), 645–648. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2020.08.006>
- Hall, C., Javanbakht, M., Iyer, C., Costales, C., Napolitano, J., Johnson, T., Castro, C., Newcomb, M., Kipke, M., Shoptaw, S., Gorbach, P., & Mustanski, B. (2022). Examining the impact of social distancing and methamphetamine use on sexual risk and intimate partner violence in sexual and gender minority young adults during the COVID-19 pandemic. *Drug and Alcohol Dependence*, *232*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109231>
- Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatric Clinics of North America*, *63*(6), 985–997. <https://doi.org/10.1016/J.PCL.2016.07.003>
- Hossain, M. M., Saha, N., Rodela, T. T., Tasnim, S., Nuzhath, T., Roy, T. J., ... Ma, P. (2021). Global research on syndemics: A meta-knowledge analysis (2001-2020). *Public and Global Health*. <https://doi.org/10.1101/2021.05.19.21257413>

- Human Rights Campaign Foundation (2020). *LGBTQ intimate partner violence and COVID-19*. [https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/Intimate-Partner-Violence-Report-2020.pdf?\\_ga=2.124879242.1627689199.1643020780-239452685.1643020780](https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/Intimate-Partner-Violence-Report-2020.pdf?_ga=2.124879242.1627689199.1643020780-239452685.1643020780)
- Iverson, J. et al. (2020). COVID-19, HIV, and key populations: cross-cutting issues and the need for population-specific responses. *Journal of the International AIDS Society* 2020, 23(e25632). <https://doi.org/10.1002/jia2.25632>
- Jung, N., Park, H., & Jo, H. (2021). Korean College Students' Psychological Distress Surrounding COVID-19. *Journal of Asia Pacific Counseling*, 11(2), 41-55. <https://doi.org/10.18401/2021.11.2.3>
- Kauss, B., Gama, A. P., Alegre, B. P., Polidoro, M., Costa, A., & Canavese, D. (2021). *São Paulo*, v.30, n.3, e201026. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021201026>
- Kneale, D. & Becares, L. (2020). The mental health and experiences of discrimination of LGBTQ+ people during the COVID-19 pandemic: Initial findings from the Queerantime Study. *BMJ*. <https://doi.org/10.1101/2020.08.03.20167403>
- Ko, N. Y., Lu, W. H., Chen, Y. L., Li, D. J., Chang, Y. P., Wang, P. W., & Yen, C. F. (2020). Cognitive, Affective, and Behavioral Constructs of COVID-19 Health Beliefs: A Comparison Between Sexual Minority and Heterosexual Individuals in Taiwan. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4282. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124282>
- Krueger, E. A., Barrington-Trimis, J. L., Unger, J. B., & Leventhal, A. M. (2021). Sexual and Gender Minority Young Adult Coping Disparities During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health*, 69(5), 746–753. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2021.07.021>
- Marmet, S., Wicki, M., Gmel, G., Gachoud, C., Bertholet, N., & Studer, J. (2021). Sexual Minority Orientation Is Associated with Greater Psychological Impact Due to the COVID-19 Crisis-Evidence from a Longitudinal Cohort Study of Young Swiss Men. *Frontiers in Public Health*, 9, 692884. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.692884>
- Martino, R. J., Krause, K. D., Griffin, M. et al. (2021). Employment Loss as a Result of COVID-19: a Nationwide Survey at the Onset of COVID-19 in US LGBTQ+

Populations. *Sexuality Research and Social Policy*.  
<https://doi.org/10.1007/s13178-021-00665-9>

- McKay, T., Henne, J., Gonzales, G., Quarles, R., & Garcia, S. (2020). *The Impact of COVID-19 on LGBTQ Americans*. The Henne Group.  
<http://nebula.wsimg.com/b54504dc6c2f87e6373845bbec49b161?AccessKeyId=2FD98D6638BC9C7F6742&disposition=0&alloworigin=1>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H., Schwartz, S., & Frost, D. M. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources? *Social Science and Medicine*, 67(3), 368–379.
- Meyer, I. H. (2016) Does an improved social environment for sexual and gender minorities have implications for a new minority stress research agenda? *Psychology of Sexualities Review*, 7, 81–90.
- Movement Advancement Project. November (2020). *The Disproportionate Impacts of COVID-19 on LGBTQ Households in the U.S.* <http://www.lgbtmap.org/2020-covid-lgbtq-households>.
- Mouffak, S., Shubbar, Q., Saleh, E., & El-Awady, R. (2021). Recent advances in management of COVID-19: A review. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 143, 112107. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPHA.2021.112107>
- Newcomb, M., E., LaSala, M. C., Bouris, A., Mustanski, B., Prado, G., Schragger, S. M., & Huebner, D. M. (2019). The influence of families on LGBTQ youth health: A call to action for innovation in research and intervention development. *LGBT Health*, 6(4), 139-145. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0157>
- Obinna, D. N. (2021). Confronting Disparities: Race, Ethnicity, and Immigrant Status as Intersectional Determinants in the COVID-19 Era. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 48(4), 397–403. <https://doi.org/10.1177/10901981211011581>
- OHCHR (2020). *COVID-19 and the Human Rights of LGBTI people*. OHCHR.  
<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/LGBT/LGBTIpeople.pdf>

- Ormiston, C., & Williams, F. (2021). LGBTQ youth mental health during COVID-19: unmet needs in public health and policy. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02872-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02872-5)
- OutRight Action International (2020). *Vulnerability amplified: The Impact of the COVID-19 Pandemic on LGBTIQ People*. [COVIDsReportDesign\\_FINAL\\_LR\\_0.pdf](#)
- Passos, T., & Almeida-Santos, M. (2020). Trabalho sexual em período de pandemia por COVID-19 no contexto ibero-americano: análise de anúncios em websites. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), 4237-4248. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.26622020>.
- Patel, J. A., Nielsen, F., Badiani, A. A., Assi, S., Unadkat, V. A., Patel, B., Ravindrane, R., & Wardle, H. (2020). Poverty, inequality, and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public health*, 183, 110–111. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.006>
- Patten, M., Carmichael, H., Moore, A., & Velopulos, C. (2022). Circumstances of Suicide Among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Individuals. *Journal of Surgical Research*, 270, 522–529. <https://doi.org/10.1016/J.JSS.2021.08.029>
- Pedro, J., & Pereira, H. (2021). Measuring Anxiety Symptoms During the COVID-19 Pandemic Through the Lens of Sexual Orientation. *Alpha Psychiatry*, 22(6), 301–307. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2021.21281>
- Perri, M., Metheny, N., Matheson, F. I., Potvin, K., & O’Campo, P. (n.d.). Finding opportunity in the COVID-19 crisis: prioritizing gender in the design of social protection policies. *Health Promotion International*, 2021, 1–11. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab045>
- Phillips, C. (2021). How covid-19 has exacerbated LGBTQ+ health inequalities. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/BMJ.M4828>
- Polischuk, L., & Fay, D. L. (2020). Administrative Response to Consequences of COVID-19 Emergency Responses: Observations and Implications from Gender-Based Violence in Argentina. *The American Review of Public Administration*, 50(6–7), 675–684. <https://doi.org/10.1177/0275074020942081>
- Price-Feeney, M., Green, A. E., & Dorison, S. (2020). Understanding the mental health of transgender and nonbinary youth. *Journal of Adolescent Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.11.314>

- Roelen, K., Ackley, C., Boyce, P., Paul, Farina, N., & Santiago Ripoll, J. (2023). COVID-19 in LMICs: The Need to Place Stigma Front and Centre to Its Response. *The European Journal of Development Research*, 32, 1592–1612. <https://doi.org/10.1057/s41287-020-00316-6>
- Ross, L. E., O’Gorman, L., MacLeod, M. A., Bauer, G. R., MacKay, J., & Robinson, M. (2016). Bisexuality, poverty and mental health: A mixed methods analysis. *Social Science and Medicine*, 156, 64–72. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.009>
- Salerno, J. P., Williams, N. D., & Gattamorta, K. A. (2020). LGBTQ populations: Psychologically vulnerable communities in the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S239-S242. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000837>
- Sell, R. L., & Krims, E. I. (2021). Structural Transphobia, Homophobia, and Biphobia in Public Health Practice: The Example of COVID-19 Surveillance. *American Journal of Public Health*, 111(9), 1620–1626. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306277>
- Sherriff, N., Laetitia, J., Cur, Z. D., Mcglynn, N., Pinto, N., Hugendubel, K., Director, A., Farinella, F., & Amaddeo, F. (2019). *Co-producing knowledge of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health-care inequalities via rapid reviews of grey literature in 27 EU Member States President (Board of ILGA-Portugal) 4*. <https://doi.org/10.1111/hex.12934>
- Singhal, T. (2008). *A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19)*. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>
- Stephenson, R., Chavanduka, T. M. D., Rosso, M. T., Sullivan, S. P., Pitter, R. A., Hunter, A. S., & Rogers, E. (2021). COVID-19 and the Risk for Increased Intimate Partner Violence Among Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex with Men in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260521997454>
- Teixeira da Silva, D., Biello, K., Lin, W. Y., Valente, P. K., Mayer, K. H., Hightow-Weidman, L., & Bauermeister, J. A. (2021). COVID-19 Vaccine Acceptance among an Online Sample of Sexual and Gender Minority Men and Transgender Women. *Vaccines*, 9(3), 204. <https://doi.org/10.3390/vaccines9030204>

- Torres, J. L., Gonçalves, G. P., Pinho, A. de A., & Souza, M. H. do N. (2021). The Brazilian LGBT+ Health Survey: methodology and descriptive results. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(9), e00069521. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069521>
- UN (2020a). *Responding to COVID-19 and Recovering Better: A Compilation by UN DESA*. New York: United Nations.
- UN (2020b). *Protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*. A/75/258. [A/75/258 - E - A/75/258 -Desktop \(undocs.org\)](https://undocs.org/A/75/258)
- UNAIDS (2020). *UNAIDS Data 2019*. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2019-UNAIDS-data\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf)
- US Centers for Disease Control (CDC) (2020). *COVID-19: Groups at Higher Risk for Severe Illness*. CDC.
- Suen, Y., Chan, R., & Wong, E. (2020). Effects of general and sexual minority-specific COVID-19-related stressors on the mental health of lesbian, gay, and bisexual people in Hong Kong. *Psychiatry Research*, 292, 113365. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113365>
- Walsh, A. R., Sullivan, S., & Stephenson, R. (2021). Intimate Partner Violence Experiences During COVID-19 Among Male Couples. *Journal of interpersonal violence*, 8862605211005135. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/08862605211005135>
- Workie, E., Mackolil, J., Nyika, J., & Ramadas, S. (2020). Deciphering the impact of COVID-19 pandemic on food security, agriculture, and livelihoods: A review of the evidence from developing countries. *Current Research in Environmental Sustainability*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.crsust.2020.100014>

## Capítulo 9

# **Bem-estar das pessoas LGBTQ\* com doença crónica: entre (in)visibilidade e Precariedade**

Mara Pieri

## **Resumo:**

Este capítulo visa incidir na reflexão sobre saúde e bem-estar das pessoas LGBTQ+ através da análise de alguns elementos decorrentes da investigação "Chroniqueers" realizada em Portugal e Itália entre 2016 e 2020. O projeto recolheu as narrativas de jovens adultos LGBTQ+ com doença crónica. O capítulo reflete as narrativas recolhidas sobre as visões do futuro: as projeções sobre o futuro constituem importantes pistas para a leitura do presente no que diz respeito ao bem-estar das pessoas entrevistadas. O capítulo apresenta uma secção introdutiva na qual são explicadas as razões de interesse para este cruzamento interseccional e as suas ligações com o contexto português e a literatura. Feita esta introdução ao tema, segue-se uma secção que explica a metodologia utilizada no estudo e caracteriza a amostra recolhida em Portugal que é o centro da análise utilizada neste estudo. De seguida apresenta-se uma secção empírica desdobrada em quatro temas identificados durante a análise, que refletem dimensões dominantes das narrativas: a dimensão individual, a dimensão utópica, a dimensão relacional e, finalmente, a dimensão coletiva. Por fim, as conclusões resumem as reflexões mais relevantes e elencam direções possíveis para a investigação nesta área.

## **Introdução**

O bem-estar físico e emocional tem vindo a representar um enfoque importante da investigação recente sobre as pessoas LGBTQ+, tanto em Portugal como no resto da Europa. A literatura demonstra que discriminação, preconceito e vulnerabilidade social incidem profundamente no desenvolvimento de saúde física e mental (Dolezal et al., 2021; Oliveira et al., 2014; Pinto & Moleiro, 2012; Zeeman et al., 2014). Contudo, alguns aspetos desta ligação entre discriminação e bem-estar estão ainda a ser desenvolvidos e prometem ganhar maior espaço no futuro, sobretudo tendo em conta as consequências a longo prazo da pandemia Covid-19 sobre a população LGBTQ+.

Um dos aspetos ainda pouco explorados na literatura é a experiência das pessoas LGBTQ+ que vivem com doenças e/ou deficiências, ou seja, que incorporam uma dupla pertença a experiências de sofrimento e vulnerabilidade. Este capítulo visa incidir nesta linha de estudos através da análise e discussão de alguns elementos decorrentes da investigação "Chroniqueers: tempo, cuidado e (in)visibilidade nas narrativas das pessoas queer em Itália e Portugal", realizada entre 2016 e 2020. O estudo recolheu narrativas de

jovens adultos LGBTQ+ no contexto da Europa do Sul que vivem com uma (ou mais) doença crónica, com o objetivo de perceber como esta forma de interseccionalidade é vivida, elaborada e contada. O estudo abrangeu três eixos principais: o tempo, no seu desdobramento com as expectativas de produtividade, autonomia e reprodução associadas à vida adulta; o cuidado, na relação com os cuidados de saúde e na formação de redes informais de apoio; a (in)visibilidade, na gestão de múltiplos processos de saída do armário (*coming out*) e de diferentes níveis de (in)visibilização tanto da doença como da identificação LGBTQ+.

A análise desta intersecção específica oferece vários elementos de interesse tanto para o estudo das vivências LGBTQ+ quanto para questões de saúde e bem-estar. A literatura sobre saúde e pessoas LGBTQ+ tem-se desenvolvido em duas direções prioritárias. A primeira é a atenção às experiências de HIV/SIDA: a partir dos anos 1990, a difusão da infeção na população gay e o estigma associado ocuparam a maior parte dos estudos na área das ciências sociais, reforçados também por uma grande atenção mediática, cultural e artística sobre o tema. Neste filão, irão ser incluídos mais tarde estudos sobre o HIV na população trans e lésbica (Jacobs et al., 2018; Sullivan, 2018), e, nos últimos dez anos, a evolução das consequências da doença na vida das pessoas infetadas mudou o percurso da investigação para direções novas (Douglass et al., 2021). A segunda direção seguida pelos estudos neste tema centra-se na ligação à saúde sexual das pessoas LGBTQ+, com grande atenção às infeções sexualmente transmissíveis, às práticas de prevenção (Abade et al., 2020) e, mais recentemente, às práticas reprodutivas. Importa também ressaltar a presença de outro nicho de estudos que tentou retratar as experiências das mulheres lésbicas com cancro, sobretudo a partir da visibilidade decorrente de contributos de pensadoras feministas e lésbicas como Susan Sontag (1978), Eve Sedgwick (1999) e Audre Lorde (1980). A maior parte dos estudos sobre população LGBTQ+ e doença assentam nestes filões de interesse. Outros temas dispersos, mas de grande relevo, são, por exemplo, a importância da saída do armário no contexto dos cuidados de saúde (Bjorkman & Malterud, 2007; St. Pierre, 2012), o papel do cuidado informal (Santos, 2018) e a medicalização das experiências trans (Hilário, 2019).

Neste contexto, existem várias razões para enriquecer o debate sobre saúde LGBTQ+ com uma perspetiva sobre as doenças crónicas. Em primeiro lugar, as doenças crónicas constituem uma experiência cada vez mais relevante, sobretudo em Portugal.

Um estudo do INSEF (2015) relevou que 57.9% da população portuguesa (cerca de 3.9 milhões de pessoas) tinha uma (ou mais do que uma) doença crónica. Contrariamente ao que se tende a pensar de forma preconceituosa, esta condição não afeta apenas a população idosa. O mesmo estudo indica a incidência noutras faixas etárias: 25.7% entre 25 e 34 anos e 40.6% entre 25 e 44 anos. Estes números estão em linha com a tendência que se reflete nos países com maior expectativa de vida e cuidados de saúde mais avançados (Arnaut, 2019). A presença de uma doença crónica alimenta vulnerabilidades sociais e económicas em todas as fases da vida, porque incide sobre a capacidade de trabalhar, ter autonomia e participar da vida social. É, portanto, expectável que tal vulnerabilidade se entrelace com as fragilidades da identificação não-normativa das pessoas doentes LGBTQ+, especialmente se considerarmos que o sistema de cuidados de saúde é ainda moldado a partir de pressupostos de heteronormatividade (Pieri & Brilhante, 2022). Basta pensar que num estudo de 2015 (ILGA, 2015), 29% das pessoas LGBTQ+ entrevistadas declaravam nunca ter feito *coming out* no contexto médico-sanitário por medo de discriminação.

Em segundo lugar, Portugal vive um momento de grande desenvolvimento dos direitos das pessoas LGBTQ+: desde a aprovação das uniões de facto em 2001, no espaço de poucos anos, a Assembleia da República aprovou muitas medidas que garantem a proteção face a um conjunto alargado de discriminações (Santos, 2018b). Para além disto, instituições e ativistas também contribuíram para o crescimento da consciência política sobre a centralidade das questões LGBTQ+ no Portugal contemporâneo. Um excelente exemplo disto foi a aprovação da "Estratégia Nacional de Saúde para as pessoas LGBTI" em 2019, que forneceu linhas para a literacia sobre questões LGBTQ+ e sugestões para uma inclusão plena dos/as pacientes LGBTQ+ no trabalho das instituições médicas. Contudo, no dia a dia, as pessoas LGBTQ+ continuam a sofrer discriminação, hostilidade e preconceito (Oliveira et al., 2013; Santos, 2018). Resulta, portanto, particularmente importante investigar como estes vestígios de vulnerabilidade se cruzam com a fragilidade causada pela doença e como ambas contribuem, por exemplo, para precariedade económica.

Finalmente, uma terceira razão importante para investigar as vivências LGBTQ+ com doença crónica está ligada ao que Elizabeth Freeman designa por "crononormatividade" (2011), ou seja, as formas de normatividade que atingem as

peessoas na entrada na vida adulta. Por exemplo, as expectativas de se tornar sujeito reprodutivo (através da criação de novas famílias) e produtivo (através de trabalho ativo e remunerado). A doença crónica e o posicionamento como LGBTQ+ levam a formas de vidas diferentes, que podem ser lidas como formas de "fracasso *queer*" (Halberstam, 2011) ou como verdadeiras alternativas ao tempo normativo ditado pela cisheteronormatividade e saúde (Kafer, 2013).

É precisamente no contexto do debate sobre as expectativas e a normatividade do tempo que este capítulo pretende incidir. Através da análise das narrativas sobre o futuro imaginado, esperado ou até receado, emergem elementos de importância crucial para perceber os níveis de bem-estar das pessoas LGBTQ+ entrevistadas, os desafios do presente e as possíveis trajetórias de incidência nos próximos anos. Estas narrativas, no fundo, contam mais como as pessoas estão hoje do que como estarão no futuro e, assim sendo, devolvem-nos uma fotografia das esperanças e dos horizontes disponíveis no repertório das pessoas LGBTQ+ no momento presente.

Feita esta introdução ao tema, a próxima secção enfoca-se na metodologia utilizada neste estudo. Seguir-se-á uma secção empírica desdobrada em quatro temas identificados durante a análise que refletem dimensões dominantes das narrativas: a dimensão individual, a dimensão utópica, a dimensão relacional e, finalmente, a dimensão coletiva. Por fim, as conclusões resumem as reflexões mais relevantes e elencam direções possíveis para a investigação nesta área.

## **Metodologia**

O estudo "Chroniqueers" foi conduzido entre 2017 e 2020 em Itália e em Portugal no âmbito da minha tese de doutoramento. O recrutamento das pessoas entrevistadas foi organizado com uma chamada para entrevistas divulgada através de newsletters, Facebook e grupos virtuais. Para além disso, foi fundamental o apoio direto de organizações LGBTQ+ e associações de doentes, que contribuíram para a divulgação junto dos seus membros e nos eventos que realizaram. O contacto com alguns informantes privilegiados (*gatekeepers*) do ativismo LGBTQ+ também ajudou na ativação de uma amostra recolhida em bola de neve. As pessoas entrevistadas participaram no estudo de forma voluntária, através contacto direto com a investigadora responsável. Todas as pessoas entrevistadas deram o seu consentimento informado.

A metodologia escolhida utilizou entrevistas semiestruturadas em forma narrativa: a partir de um guião de tópicos considerados relevantes, a primeira e a última pergunta eram fixas em todas as entrevistas, enquanto as restantes perguntas foram geridas de forma fluida de maneira a seguir o fluxo de pensamento das pessoas entrevistadas. A literatura demonstra, de facto, que esta metodologia é particularmente significativa para a recolha de histórias de vida marcadas por pertenças múltiplas, vulnerabilidades e intersecção de vários eixos (Atkinson, 1998; Frank, 1995; Poggio, 2004). Neste estudo, a dimensão da identificação LGBTQ+, que na análise teórica pode ser autonomizada da dimensão da doença, na prática resulta inextricável, até para as próprias pessoas que refletem sobre o seu percurso.

Quase todas as entrevistas foram recolhidas durante encontros presenciais e tiveram duração média de 1h30. Em dois casos, a entrevista foi efetuada virtualmente por constrangimentos logísticos. Ao todo, foram entrevistadas 24 pessoas, das quais 12 em Itália e 12 em Portugal. As entrevistas foram anonimizadas e analisadas através uma categorização temática no MAXQDA.

Este capítulo reporta-se às narrativas recolhidas em Portugal, a partir de uma amostra que, apesar do seu número limitado (como é expectável neste tipo de estudos), reflete diversidade interna. Em termos de orientação sexual, três pessoas identificam-se como gay, quatro como lésbicas, duas como bissexuais e três como pansexuais. A identidade de género mais presente é cisgénero; três pessoas identificam-se como não-binárias e uma como *gender-fluid*. Para além disso, duas pessoas também têm orientação relacional não-monogâmica. Quanto às doenças reportadas, há uma grande variedade de condições, devida também à alta comorbilidade das doenças crónicas, ou seja, a frequência com a qual se manifestam duas ou mais condições em simultâneo. Para além de doenças reumáticas, também são reportadas, por exemplo, doenças renais, fadiga crónica, urticária, esclerose múltipla e condições desencadeadas por cancro. Importa também sublinhar que a maior parte das pessoas participantes refere questões de saúde mental, como ansiedade, ataques de pânico e depressão. A literatura de facto demonstra como o impacto da discriminação e da violência social na saúde mental de pessoas LGBTQ+ leva a uma maior incidência de dificuldades do foro psicológico (Meyer, 2003; Oliveira, 2013). Todas as pessoas entrevistadas são brancas e vivem em Portugal, sendo que duas são originárias do Brasil.

Neste capítulo, o enfoque analítico está sobretudo direcionado para narrativas resultantes da última parte da entrevista, na qual a pergunta final convidava as pessoas a partilhar como se imaginariam em dez anos. O objetivo desta pergunta foi estimular as pessoas a pensar o futuro de uma forma imaginária, construindo assim possibilidades de desdobramento da própria vida que vão para além das condições materiais e reais do presente e da carga do passado. Acresce que, através do tipo de respostas dadas, foi possível recolher informações densas acerca da capacidade de projeção no futuro a partir do presente, não apenas nas circunstâncias individuais, mas também no conjunto de processos sociais, culturais, familiares.

## **Resultados**

### *A dimensão individual: o futuro prudente*

A primeira dimensão identificada nas narrativas refere-se à projeção da própria condição no futuro do ponto de vista individual: remete, portanto, para o conjunto de esperanças, medos, sonhos e projetos sobre a pessoa e o seu desenvolvimento pessoal. Nesta dimensão, o peso das múltiplas temporalidades da doença crónica resulta muito relevante. Por um lado, estas temporalidades confrontam a pessoa doente com uma perspetiva de duração a longo prazo e colocam-se como experiência potencialmente sem fim à vista, uma vez que na maioria dos casos só é possível alcançar uma melhoria, mas não uma cura definitiva. Daqui decorre a perceção de que é preciso aprender a lidar com a própria doença de forma harmónica e integrar o percurso pessoal com as limitações presentes. Por outro lado, a maior parte das doenças crónicas apresenta um percurso irregular e imprevisível: picos agudos de dor, inflamação e limitação da vida podem ser alternados com momentos de remissão em que os sintomas ficam silenciosos durante semanas ou até meses. Esta tendência irregular coloca desafios significativos na gestão da vida quotidiana e a longo prazo: por exemplo, dificuldade de planear atividades, impossibilidade de garantir a participação em eventos, incerteza acerca do próprio futuro. Aparecem, assim, de forma consistente narrativas de prudência relativamente ao futuro, em que as pessoas entrevistadas não se atrevem a ser demasiadamente ambiciosas:

Eu fico frustrada. [...] Eu acho assim, tem coisas que você sabe que vão durar p'ra sempre mas que você escolhe. E tem coisas que você não escolhe. E eu odeio não... não

poder ter escolhido, eu espero que conforme os anos passem eu...me preocupe menos com isso, e fique mais... “Foda-se”... Mas p’ra mim ainda é muito difícil. Mas é isso, metas do futuro. (Lourdes, 27 anos)

Ainda me faltam, espero eu, muitos anos pela frente, e... a probabilidade é das minhas articulações continuarem a degenerar, portanto, obviamente que tenho que ter algum cuidado. Mas ao mesmo tempo...o que quero é não pensar muito nisso e fazer a minha vida normalmente e tentar que não seja uma limitação. Se a doença ficar estável eu já fico contente, ou seja... se eu conseguisse encontrar uma forma não obsessiva de a manter como ela está, eu ficava contente. Não preciso que desapareça, eu consigo, como ela está, eu consigo viver. Mais do que isto é que não dá. (Alice, 30 anos)

Na perspectiva de Lourdes e de Alice, o importante é que a doença fique estável ou pelo menos que não se agrave. Como sublinha a Alice, a ambição não é que a doença desapareça, reconhecendo que é provável que fique para sempre; contudo, o objetivo no futuro é encontrar uma forma de equilíbrio da convivência com a doença que melhore o bem-estar geral. Nestas narrativas, o horizonte do "possível" encolhe numa dimensão de prudência e aceitação realista, em que imaginar uma mudança radical ou uma melhoria substancial das condições de vida parece constituir um atrevimento excessivo. Em alguns casos, pensar no futuro causa dor, de tal forma que deixar de ter esperança é percebido como uma escolha melhor:

Se calhar eu pensava nisso quando era mais jovem, pensar, “Daqui a dez anos vou estar a fazer isto, e”... aquela imagem perfeita, não é? Vou ter uma casa, vou ter...E agora acho que deixei de pensar no futuro. Pensar um bocado, tipo, dez anos, é, também é bastante tempo, não é? Uma pessoa pensa p’ra o ano ou daqui a dois anos, mas nunca pensa daqui a dez anos, não é? (Júlia, 35 anos)

O encolhimento do futuro individual não se prende apenas com a dificuldade de gerir a temporalidade da doença: nestas narrativas, pesam também a precariedade laboral, a incerteza económica e as dúvidas sobre a possibilidade de desenvolver percursos familiares como pessoas LGBTQ+.

Principalmente gostava de ter alguém...espero ter alguém...ahm, ter uma família, casar, filhos, coisas assim. Penso que vai ser possível na [ilha], penso. Ou senão eu vou...eu vou a Lisboa e faço tudo lá, arranjo uma criança ou...pronto, fico lá. (Lucas, 32 anos)

Na narrativa do Lucas, a prioridade para o futuro é conseguir formar uma família com um parceiro. Apesar de reconhecer que a situação para as pessoas LGBTQ+ na ilha em que vive mudou para melhor nos últimos anos, graças ao ativismo local e aos avanços legislativos no país, Lucas coloca a hipótese de que este desejo individual possa ser difícil de realizar no contexto local. Por isso, considera a possibilidade de ter que se mudar para a capital, onde a vida como LGBTQ+ parece, na sua perspetiva, facilitada.

#### *A dimensão utópica: imaginar um futuro impossível*

Se por um lado algumas narrativas remetem para um extremo realismo e prudência na imaginação do futuro, por outro aparecem sinais de esperança que remetem para uma dimensão utópica. É o caso de alguns testemunhos que demonstram como, apesar da consciência da cronicidade da própria condição, permanece uma profunda vontade de acreditar que um dia a doença vai desaparecer e a vida mudar para melhor.

Eu sei que eu ‘tou com uma doença crónica... mas isto pode mudar de um dia p’ó outro! [...] Eu posso um dia ‘tar a tomar um café... e ver “Cura para o HIV, finalmente encontraram a cura p’ró HIV”, e tudo isto foi um pesadelo e foi uma cena que de repente...desvanece. Isso não ‘tá longe. Tipo... eu não vivo norteadada p’ra isso mas eu sei que isso um dia pode acontecer. (Lia, 34 anos)

O caso da Lia, pessoa com HIV, é particularmente interessante neste sentido pela ligação forte com o imaginário que esta doença ainda traz no contexto social e cultural (Hodges & Rodohan, 2004; Sullivan, 2018). Se apenas há umas décadas ter HIV correspondia quase a uma sentença de morte, hoje em dia, graças aos avanços da medicina, evoluiu para uma condição crónica, que permite às pessoas ter uma vida aceitável e com prospetiva mais ampla. Contudo, o estigma sobre a doença permanece, como também contam as pessoas entrevistadas. Isto faz com que exista uma esperança secreta de que um dia haja uma descoberta que permita libertar-se do vírus. É importante

sublinhar o modo como o HIV é diferente de outras doenças crónicas justamente pela grande exposição mediática e presença no mundo cultural de um debate que de alguma forma alimenta a ideia de desenvolvimento contínuo que um dia, como a Lia relata, pode surgir uma cura. Outras doenças menos conhecidas ou mais raras não são objeto de reconhecimento e por isso pode existir uma percepção diferente relativamente à possibilidade que essas estejam a ser investigadas e que no futuro possa haver um importante avanço científico.

Estas narrativas revelam também uma assinalável convicção na ciência médica, como indica o seguinte excerto:

Eu tenho fé que um dia vão conseguir resolver. Quando eu falei daquele remédio que criaram... que ainda tem efeitos colaterais muito fortes, ele é um remédio que anula os anticorpos que causam isso, só que... eu tenho esperança que daqui a dez anos consigam fazer uma versão mais inteligente dele. (Lourdes, 27 anos)

A esperança nos avanços médicos é particularmente interessante se comparada com os elevados níveis de discriminação ainda vividos pelas pessoas LGBTQ+ nos serviços de saúde (Pieri e Brilhante, 2022). Se por um lado há um reconhecimento de que a investigação na área da medicina é importante para melhorar a vida como doentes, por outro não parece haver a mesma esperança de que, como pessoas LGBTQ+, o acesso ao sistema médico-sanitário fique livre de discriminação.

A dimensão utópica apresentada demonstra a complexidade de pensar no futuro perante experiências incorporadas de sofrimentos múltiplos: esta dimensão convive com outras e a contradição entre o futuro prudente e a utopia da cura, por exemplo, é apenas aparente. De facto, a incerteza sobre o que o futuro poder trazer, os medos de discriminação, dor, precariedade são apaziguados temporariamente perante a perspetiva de que, um dia, um fator exterior, como uma descoberta científica, mude tudo e faça com que a experiência de dor se torne apenas "um pesadelo", tal como referido pela entrevistada Lia.

### *A dimensão relacional: o desafio da parentalidade*

Como já antecipado nas secções anteriores, a esperança de construir percursos familiares ocupa uma parte importante das narrativas recolhidas. As mudanças legislativas ocorridas em Portugal a partir de 2001 constituem um importante reforço face à possibilidade de qualquer pessoa LGBTQ+ no país coabitar, casar, ter filhos/as, se essa for a sua escolha. A presença desta tutela resulta particularmente relevante quando comparamos as narrativas recolhidas em Itália e em Portugal. Não sendo este o enfoque deste capítulo, basta apenas mencionar que o contexto italiano não garante estes direitos às pessoas italianas e a ausência de um quadro legislativo acolhedor reflete-se em narrativas de medo, falta de esperança e desconfiança de que casamento e parentalidade possam efetivamente ser alcançados.

Nas narrativas recolhidas em Portugal, pelo contrário, reflete-se a experiência de uma geração que nasceu num país em que as pessoas LGBTQ+ não tinham os mesmos direitos das outras e que viveram uma mudança considerável em poucos anos. Nas entrevistas é notório o modo como estas mudanças foram incorporadas nas práticas e nas visões das pessoas LGBTQ+, conduzindo a uma melhoria substancial na qualidade de vida.

Na reflexão sobre futuro, aparece de forma consistente o tema da parentalidade, sobretudo nas narrativas das entrevistadas que se identificam como mulheres. Esta presença pode estar ligada ao que se entende como "repronormatividade" (Santos, 2018a), ou seja, pode representar um reflexo da pressão social que associa a reprodução com sucesso e plena vida adulta. A doença crónica representa um aspeto bastante significativo porque pode determinar dificuldades físicas e complicações na gravidez e na gestão quotidiana dos/as filhos/as. Assim, a gestão do desejo de parentalidade resulta de uma avaliação de vários fatores, entre pressão social e esperança pessoal:

Uma velhota nossa amiga disse a uma amiga nossa “Ah, tu... já ‘tás a ficar com sangue velho”. Velho, não é? Tipo, “Tu se não tens agora filhos, já não”. Pronto e há essa pressão [...]. E eu às vezes sinto um bocadinho o peso naquilo que é esperado de mim, por fazer parte da família. [...] Se eu engravidasse, muito provavelmente, ia haver pelo menos, os últimos meses provavelmente iam ser dolorosos. E nisso já pensei, não é? Pronto, e isso já pensei. (Alice, 30 anos)

Em termos de família, é claro que gostava, acho que gostava de ter filhos. [...] Acho que, neste momento estaria preparada, acho que já tinha as ferramentas, psicológicas para ser. Mas depois fisicamente não sei...se conseguiria. E depois a nível se calhar financeiro...se calhar, é que é mais complicado. (Julia, 35 anos)

Na visão da Júlia, a vontade de ter crianças tem que ser confrontada com a capacidade física, o equilíbrio psicológico e a disponibilidade financeira, elementos que remetem para a complexa situação de precariedade como pessoa LGBTQ+ com doença crónica. De alguma forma, é possível que pese também uma pressão capacitista que associa a parentalidade à necessidade de ser saudável e capaz (Santos & Santos, 2019). Acresce que a preocupação de piorar o estado de saúde através da gravidez constitui um aspeto adicional a considerar na decisão de ter crianças, como afirma a Alice.

A questão da precariedade económica é citada por outras entrevistadas como uma fonte de preocupação. Como relatado no início do capítulo, as pessoas entrevistadas encontram-se numa geração atingida pelas graves consequências da crise económica da primeira década do século XXI e pelo neoliberalismo feroz, situação que tornou mais difícil a obtenção de contratos permanentes de trabalho e ordenados acima do salário mínimo (Serapioni & Hespanha, 2019). Tal precariedade é agravada, por um lado, pelos constrangimentos decorrentes da doença, que muitas vezes obrigam a horários de trabalho reduzidos ou a flexibilidade, e, por outro, pela vulnerabilidade económica por parte da população LGBTQ+ (Taylor, 2004). Os casais de mulheres lésbicas, por exemplo, sofrem uma dupla discriminação económica e tendem a ter condições materiais muito abaixo da média (Schneebaum & Lee Badgett, 2019) pela presença conjunta do gap salarial e discriminação homofóbica. Não surpreende, portanto, que ao imaginar-se no futuro, muitas pessoas entrevistadas expressem um conjunto de preocupações que estão aparentemente desligadas entre si mas que, com efeito, remetem para um contexto geral de vulnerabilidade económica e social. Nesta lógica, há entrevistadas que declaram já terem desistido de sonhar com um futuro enquanto mães:

P'ra já passar pela gravidez ia ser horrível, porque não podia tomar medicação. [...] Ia ser horrível e depois, mesmo que eu conseguisse ter a criança, não ia conseguir

pegar no bebé ou... não ia conseguir fazer as coisas básicas [...]. Portanto, ser mãe é uma coisa que não vai acontecer provavelmente. Até porque adotar em Portugal também é um pesadelo porque tem que se ter uma determinada conta bancária e uma estabilidade profissional...O estado de saúde também conta...ou seja: já desisti. (Lisa, 27 anos)

Nas palavras da Lisa, o horizonte futuro não compreende a possibilidade de ter filhos por um conjunto de condições que são vividas como impossíveis de conjugar com as expectativas ligadas à parentalidade, como ter os recursos económicos e estar em boa saúde.

Neste sentido, a experiência de Maria, entrevistada que já teve uma criança com a companheira, aparece ainda mais relevante. Na altura da entrevista, Maria estava a debater-se com a ideia de ser novamente mãe. Desde que a criança nasceu, Maria e a companheira tiveram que ajustar as tarefas de cuidado de forma a permitir à Maria o descanso de que precisa: isto fez com que em alguns momentos Maria refira ter sentido não estar em condições para estar presente na educação parental tanto quanto o desejado. Em relação ao futuro, Maria afirma:

Agora, não temos perspectiva de futuro. Eu queria imenso ter um filho biológico. [...] Para mim, foi uma frustração muito grande não conseguir engravidar e eu estive dois anos, fiz sete tentativas e depois felizmente a Luisa conseguiu à primeira. [...] Estou um bocadinho mais otimista porque as minhas médicas aconselharam-me a eu não tentar engravidar, a eu fazer a gestação. Mas disseram, sugeriram que fosse a Luisa a levar embriões meus. E pareceu-me bem e a Luisa pelos vistos também está completamente interessada nisso. E para mim isso é uma coisa que me anima, porque eu também sei que a minha infertilidade tem a ver com este problema de saúde. Eu acho que é aqui uma gestão entre o meu desejo, a responsabilidade e o custo que vai ter em termos da minha saúde. (Maria, 39 anos)

No caso da Maria, a expectativa é que no futuro seja possível encontrar um equilíbrio e um bem-estar entre necessidades de saúde, custos económicos e o profundo desejo pessoal de continuar a experiência da maternidade.

Os casos referidos nesta secção apresentam alguns elementos para reflexão. Em primeiro lugar, demonstram como a presença de um contexto legislativo que garante direitos de conjugalidade e parentalidade às pessoas LGBTQ+ representa uma expansão dos horizontes em que as pessoas se conseguem imaginar. Em segundo lugar, todavia, estas narrativas revelam que a simples presença de um enquadramento jurídico progressista não é suficiente para garantir que os direitos possam ser gozados na prática e não anula outras formas de vulnerabilidade social e económica que atingem as pessoas também em função de discriminação associada à orientação sexual ou identidade de género. A questão económica, por exemplo, que tanto afeta a geração dos jovens adultos em Portugal, continua a ser um considerável elemento de discriminação que gera, na prática, discriminação no acesso aos direitos de parentalidade. De igual modo, também a presença de doenças crónicas, no quadro de um Estado Social que não garante medidas suficientes para uma vida digna (Arnaut, 2019; Serapioni & Hespanha, 2019), agrava a precariedade e prejudica as possibilidades de escolher o percurso de parentalidade.

#### *A dimensão coletiva: ativismo e mobilização*

A quarta dimensão identificada nas narrativas recolhidas refere-se ao aspeto de vivência coletiva e de ligação ao ativismo e à mobilização coletiva. Estas narrativas oferecem pistas para elaborar perspectivas de intervenção futura tanto no âmbito LGBTQ+ como na área da saúde. Para além disso, os testemunhos recolhidos demonstram que as trajetórias de vida individual nunca estão completamente desligadas de um sentimento de pertença a um grupo ou a uma identidade coletiva e que é também neste contexto que são moldadas as esperanças, os medos e os desejos.

Importa neste aspeto ressaltar a centralidade que o ativismo LGBTQ+ tem nas trajetórias pessoais das pessoas entrevistadas: para muitas, sentir-se parte de um movimento, um coletivo, uma associação, é uma experiência imprescindível da própria identidade, que oferece recursos importantes para enfrentar a vida em todos os seus aspetos, inclusive na gestão da doença. Contudo, emerge transversalmente a dificuldade em construir percursos sustentáveis ao longo do tempo que abranjam a experiência de doença crónica e a identificação LGBTQ+ num mesmo chapéu interseccional (Pieri, 2021). As pessoas entrevistadas lamentam a ausência do tema da sexualidade em geral nas abordagens às doenças crónicas, tanto no contexto médico-sanitário quanto no

ativismo. Ao mesmo tempo, sublinham a dificuldade do ativismo LGBTQ+ em elaborar uma reflexão profunda e articulada sobre acessibilidade, corpos divergentes e doença/deficiência. Por exemplo, Momo, falando do seu futuro, afirma:

Gostava de estar... Continuar estável. Não ter mais surtos. Acho que isso é tipo... o primeiro pedido de uma lista de Pai Natal de toda a gente. Gostava de conseguir caminhar mais do que consigo agora. Gostava de, por exemplo, conseguir ir a uma marcha. Gostava de me ver nas marchas. (Momo, 32 anos)

Como refere em outros momentos da entrevista, Momo sente um afastamento do ativismo LGBTQ+ em geral causado principalmente pela dificuldade vivida em afirmar a própria identidade interseccional como pessoa não-monogâmica, demissexual, pansexual e com doença crónica. O seu percurso de ativismo foi marcado por vários momentos em que se apercebeu que, por muito que o discurso esteja lentamente a mudar, o ativismo LGBTQ+ não está ainda equipado para incluir todos tipos de diversidade e parece longe de abraçar uma verdadeira inclusão interseccional. Momo deixou de participar nas marchas de orgulho que acontecem todos os anos na sua cidade porque a organização não acautelava medidas de acessibilidade para pessoas com limitações motoras, como no seu caso. De facto, a esperança para o futuro expressada através das suas palavras diz muito respeito ao nível de exclusão do presente e deixa um recado importante para futuras direções de intervenção no movimento LGBTQ+. A possibilidade que Momo e outras pessoas com doença e deficiência participem no movimento LGBTQ+ não depende necessariamente da evolução individual das suas condições, mas sim da capacidade do ativismo em mobilizar-se para fazer uma reflexão profunda sobre interseccionalidade e acessibilidade.

Um outro elemento interessante surge em narrativas que refletem a desconfiança acerca da real situação do país em questões LGBTQ+ e que sugerem que a mudança nos direitos não esteja a ser acompanhada por uma mudança de atitude na população portuguesa. António, por exemplo, diz:

Se me perguntas se sou mais pessimista, em relação ao futuro ou por ter a doença celíaca e ou por ser gay... Por ter a doença não. Mantenho algum pessimismo que trago

com a minha experiência, com as dificuldades que fui tendo nos relacionamentos ou seja... ainda não consigo ser muito otimista em relação a sentir...que haja uma aceitação completa, que não venha a ter nenhuma questão de discriminação, que venha a viver os meus relacionamentos de uma forma tranquila, que possa tranquilamente pensar em questões de parentalidade. (António, 31 anos)

Como referido anteriormente, esta geração de pessoas chegou a viver discriminação e violência antes da mudança legislativa e ainda tem memória do que isto significou. Ao mesmo tempo, como afirma António, esta experiência não deixa de influenciar a capacidade de imaginar o futuro com confiança e total otimismo. O medo que as coisas estejam a mudar demasiado lentamente para que seja possível viver livre de discriminação é partilhado por algumas das pessoas entrevistadas. Neste sentido, o papel do ativismo em continuar a garantir espaços seguros e lutar contra a discriminação é ainda muito relevante e urgente.

Algumas das pessoas entrevistadas afirmam esta importância e desvelam a vontade de ter um papel ativo em contribuir para melhorar a vida da comunidade, sobretudo no que diz respeito a pessoas com experiências de discriminação parecidas. Nestes casos, o benefício vivido nos contextos de mobilização coletiva, quer na área LGBTQ+, quer na área da saúde, foram tão relevantes que desencadearam o desejo de devolver à comunidade parte do que foi recebido:

Estou pensando no futuro, talvez abrir uma fundação de jovens, jovens com cancro. É preciso porque há pessoas aí que precisam de acompanhamento psicológico e emocional. É uma doença muito complicada, é uma doença que mexe com tudo, mexe com o sistema nervoso, mexe com o psicológico... e gostava essa fundação que tivesse psicólogos, psiquiatras... para acompanhar os doentes. Há pessoas que não têm hipóteses de pagar, e assim ajudava essas pessoas. (Lucas, 32 anos)

Descobri um projeto agora que gostava, daqui a dez anos, de o estar a concretizar, que é assim uma coisa a longo prazo. É tipo um centro de dia - casa da juventude para mulheres, pessoas trans e pessoas não binárias...em que tenham um serviço, acesso a saúde sexual, principalmente e numa onda de acesso ao aconselhamento sexual, acesso a

espaço p'a desenvolverem as próprias atividades e poderem-se politizar. (Jasmim, 35 anos)

Os projetos mencionados nestas narrativas demonstram a vontade de empenhar-se para que o futuro não seja melhor apenas no aspeto individual ou relacional, mas tenha uma ligação forte com a coletividade na qual Lucas e Jasmim se identificam. Ao mesmo tempo, desvelam também como a experiência de doentes LGBTQ+ pode ser transformada num recurso que oferece possibilidade de intervenção sobretudo nas áreas em que a experiência vivida revelou a necessidade de mudança. Esta capacidade de transformar o sofrimento em motor de mudança é um aspeto tanto inesperado quanto decisivo para perceber a complexidade das vivências das pessoas entrevistadas.

## **Conclusões**

A reflexão apresentada neste capítulo visou analisar as narrativas de jovens adultos portugueses sobre o que significa viver enquanto pessoa LGBTQ+ com doença crónica e, sobretudo, sobre o modo como esta dupla experiência incorporada influencia as visões de futuro. A análise apresentou quatro dimensões relevantes que emergiram dos dados. É importante referir que se trata de dimensões analíticas que não se excluem mutuamente e que, em alguns casos, aparecem interligadas.

A primeira, a dimensão individual, explora as narrativas que refletem sobre o futuro do ponto de vista individual através de esperanças, medos e projetos de desenvolvimento pessoal. Nesta dimensão, a incerteza dada pela doença crónica revela um peso significativo e influencia a capacidade de pensar ambiciosamente: o futuro aparece assim encolhido numa dimensão de prudência e realismo. O bem-estar constitui-se como percurso de aceitação e de construção de um equilíbrio, sempre difícil, entre a fragilidade corporal e a vulnerabilidade enquanto pessoa LGBTQ+.

A segunda dimensão, ligada a um elemento utópico, revela a vontade de algumas pessoas entrevistadas de fugir das limitações e das dificuldades presentes através de uma confiança radical nos avanços da investigação científica.

Na terceira dimensão, chamada "relacional", situam-se narrativas que imaginam a possibilidade de desenvolver percursos relacionais, sobretudo acerca da parentalidade.

Nesta dimensão incide fortemente o peso da precariedade económica, vista como potencial obstáculo à realização deste percurso.

Finalmente, a quarta dimensão reporta-se à ligação com a comunidade, especialmente com formas de mobilização coletiva e ativismo. Se por um lado é reconhecida a importância do envolvimento em percursos coletivos, também através de projetos futuros de intervenção, por outro lado é também mencionada a necessidade de desenvolver formas de ativismo mais inclusivas e interseccionais.

As narrativas recolhidas revelam ligações complexas entre os desafios da doença crónica e a vivência como jovem adulta/o LGBTQ+, nomeadamente a importância das escolhas de visibilidade, a incerteza face aos percursos individuais e a vulnerabilidade perante a discriminação. Contudo, nas entrevistas emerge também, de forma significativa, o impacto de outros elementos que complicam esta intersecção. Em primeiro lugar, o papel da precariedade económica, extremamente relevante para a geração de jovens adultos, resulta central em todas as narrativas que refletem sobre o futuro. A incerteza ligada a condições inseguras de trabalho junta-se à impossibilidade de fazer planos a longo prazo e à desconfiança relativamente às condições de vida para as pessoas LGBTQ+ no país: assim, quando pensam no futuro, as pessoas entrevistadas recorrem constantemente a reflexões sobre as condições materiais de sobrevivência como doentes num sistema de Estado-providência percebido como hostil, como pessoas LGBTQ+ num país que, apesar das mudanças legislativas notáveis, ainda demonstra discriminação e preconceito, e como trabalhadores/as que sofrem de várias formas de vulnerabilidade. Estas reflexões sublinham a importância de considerar as condições económicas enquanto elementos cruciais na intervenção sobre saúde e bem-estar LGBTQ+ e de incluir a precariedade como aspeto incontornável nos estudos sobre vidas LGBTQ+.

Em segundo lugar, as narrativas refletem também a importância da comunidade e do ativismo em oferecer meios para melhorar o bem-estar e a saúde. Importa ressaltar que neste aspeto as entrevistas demonstram a ausência de redes significativas de cuidado que consigam ouvir, acolher e apoiar as pessoas na sua complexidade. No caso das pessoas LGBTQ+, urge ativar canais de ligação com experiências de interseccionalidade como a doença, a deficiência e a já mencionada precariedade económica. Esta parece ser uma trajetória fundamental a considerar para futuras intervenções no âmbito da saúde e do bem-estar das pessoas LGBTQ+.

## Referências

- Abade, E. A. F., Chaves, S. C. L., & Silva, G. C. de O. (2020). Saúde da população LGBT: Uma análise dos agentes, dos objetos de interesse e das disputas de um espaço de produção científica emergente. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300418>
- Arnaut, A. (2019). Os novos direitos fundamentais à cidade e à saúde: Globalização, cidadania e serviço nacional de saúde. In *Quem precisa dos direitos humanos? Precariedades, diferenças, interculturalidades* (pp. 105–126). Coimbra: Almedina.
- Atkinson, R. (1998). *The life story interview*. London: Sage Publication.
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2007). Being lesbian – does the doctor need to know? A qualitative study about the significance of disclosure in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(1), 58–62.
- Dolezal, L., Käll, L. F., McCormack, D., Oikkonen, V., & Shildrick, M. (2021). Introduction: Queering Health and Biomedicine. *Lambda Nordica*, 26(2–3), 7–18. <https://doi.org/10.34041/ln.v27.738>
- Douglass, R. P., Conlin, S. E., & Duffy, R. D. (2020). Beyond Happiness: Minority Stress and Life Meaning Among LGB Individuals. *Journal of Homosexuality*, 67(11), 1587–1602. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1600900>
- Frank, A. W. (1997). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freeman, E. (2011). *Time binds: Queer temporalities, queer histories*. North Carolina: Duke University Press.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row.
- Halberstam, J. (2011). *The queer art of failure*. Durham: Duke University Press.
- Hilário, A. P. (2019). (Re) Making gender in the clinical context: A look at how ideologies shape the medical construction of gender dysphoria in Portugal. *Social Theory & Health*, 17(4), 463–480. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00102-3>
- Hodges, I., & Rodohan, E. (2004). Living with Homophobia: Exploring Accounts of Communication and Disclosure from London Gay Men Diagnosed with HIV. *Lesbian & Gay Psychology Review*, 5(3), 109–117.

- Ilga Portugal. (2015). Saúde em Igualdade. Retrieved 25 April 2020, from <https://igualdadenasaude.ilga-portugal.pt/>
- Jacobs, R. J., Sklar, E. M., & Kane, M. N. (2018). Sexual Behaviors and Perceptions of HIV Risk in a Multiethnic U.S. Sample of Women Who Have Sex with Women. *Journal of Social Service Research, 44*(5), 614–623.
- Kafer, A. (2013). *Feminist, queer, crip*. Bloomington: Indiana University Press.
- Lorde, A. (1980). *The cancer journals*. San Francisco: Aunt Lute Books.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 2003. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Oliveira, J. de, Costa, C. G., & Nogueira, C. (2013). The workings of homonormativity: Lesbian, gay, bisexual, and queer discourses on discrimination and public displays of affections in Portugal. *Journal of Homosexuality, 60*(10), 1475–1493. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.819221>
- Oliveira, J. M. de, Almeida, M. J., & Nogueira, C. (2014). Exploring Medical Personnel’s Discourses on the Sexual Health of Lesbian and Bisexual Women in Greater Lisbon, Portugal. *Revista Colombiana de Psicología, 23*(2), 297–309.
- Pieri, M. (2021). Elephants in the room: Chronically ill people and access to LGBTQA+ spaces. *Intersectional Perspectives: Identity, Culture, and Society, (1)*, 9–29. <https://doi.org/10.18573/ipics.35>
- Pieri, M., & Brilhante, J. (2022). “The Light at the End of the Tunnel”: Experiences of LGBTQ+ Adults in Portuguese Healthcare. *Healthcare, 10*(1), 146. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010146>
- Pinto, N., & Moleiro, C. (2012). As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: Perspetivas de profissionais de saúde e utentes. *PSICOLOGIA, XXVI*, 129–151. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v26i1.266>
- Poggio, B. (2004). *Mi racconti una storia?: Il metodo narrativo nelle scienze sociali*. Roma: Carocci.
- Santos, A. C. (2018a). Heróis no armário: Homens trans\* e pessoas não binárias prestadoras de cuidado. *aeq Ex aequo, (38)*, 33–47.
- Santos, A. C. (2018b). Luta LGBTQ em Portugal: Duas décadas de histórias, memórias e resistências. *Revista TransVersos, (14)*, 36–51.

- Santos, A. C., & Santos, A. L. (2019). Diversidade funcional, igualdade sexual: Sexualidades não-normativas de mulheres com deficiência. In *Mulheres, sexualidade, deficiência. Os interditos da cidadania íntima* (pp. 143–172). Coimbra: Almedina.
- Schneebaum, A., & Badgett, M. V. L. (2019). Poverty in US Lesbian and Gay Couple Households. *Feminist Economics*, 25(1), 1–30. <https://doi.org/10.1080/13545701.2018.1441533>
- Sedgwick, E. K. (1999). *A dialogue on love*. Boston: Beacon Press.
- Serapioni, M., & Hespanha, P. (2019). Crisis and Austerity in Southern Europe: Impact on Economies and Societies. *E-Cadernos CES Online*, (31). <https://doi.org/10.4000/eces.4068>
- Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- St.Pierre, M. (2012). Under what conditions do lesbians disclose their sexual orientation to primary healthcare providers? A review of the literature. *Journal of Lesbian Studies*, 16(2), 199–219. <https://doi.org/10.1080/10894160.2011.604837>
- Sullivan, M. (2018). A crisis emerges: Lesbian health between breast cancer and HIV/AIDS. *Journal of Lesbian Studies*, 22(2), 220–234.
- Taylor, Y. (2005, September 30). The Gap and How to Mind It: Intersections of Class and Sexuality (Research Note) [Text.Article]. <http://www.socresonline.org.uk/10/3/taylor.html>
- Zeeman, L., Aranda, K., & Grant, A. (Eds.). (2014). *Queering Health: Critical challenges to normative health and healthcare*. Monmouth: PCCS Books. Retrieved from <https://www.pccs-books.co.uk/products/queering-health>

# SABERES PROFISSIONAIS



# Capítulo 10

## **Violência(s) *queer***

Daniel Seabra

*“Eu todos os dias antes de sair de casa, faço uma análise, tento perceber como me sinto, tento perceber qual é o nível de violência que eu estou disposta a sofrer nesse dia e, conforme, escolho como me vou vestir, escolho como me vou maquilhar, como me vou apresentar ao mundo e... saio.”* Alice Azevedo, mulher trans. Em: *Fado Alice* (música), *Fado Bicha* (banda), *Ocupação* (Álbum) 2022

**Resumo:**

A(s) violência(s) *queer* diz(em) respeito a todas as formas de violência contra pessoas com orientação sexual, identidade e/ou expressão de género e/ou características sexuais não-normativas. A partir da definição de *bullying* – social e academicamente mais visibilizado e reconhecido – este capítulo desmistifica as especificidades, motivações, atos e exemplos concretos associados a um espectro vasto de tipos de violência(s) *queer*: violência homofóbica, bifóbica, transfóbica, acefóbica e interfóbica. Estes tipos de violência espelham o desequilíbrio de poder tipicamente associado à violência, cruzando aspetos associados ao género (e.g. papéis, expressão e identidade de género), à sexualidade (orientação e características sexuais), a comportamentos sociais (e.g. estigma) e aspetos médicos (e.g., patologização). O ciclo dos 3 i’s (insulto-invisibilidade-isolamento) clarifica os contornos particulares associados à violência *queer*. Em Portugal, de forma global, os relatórios e estudos são consistentes na elevada prevalência destes fenómenos que parece não diminuir ao longo dos últimos anos. Como consequência, os níveis de saúde mental são significativamente piores quando comparados com pessoas cisgénero e heterossexuais. Além do stresse minoritário (stresse adicional derivado do estigma social), o facto da violência *queer* ser dirigida a características identitárias, potencia a internalização de atitudes negativas e, conseqüentemente o aumento de dificuldades ao nível da saúde mental.

## Introdução

A violência contra pessoas com orientação sexual, identidade e/ou expressão de género e/ou características sexuais não-normativas (ou divergentes<sup>29</sup>) é complexa e exige uma compreensão das especificidades associadas às existências *queer*. Além das vivências não-normativas não configurarem nenhuma forma de (psico)patologia, elas representam a diversidade que caracteriza a natureza humana. Ainda que falemos de existências naturais e legítimas, os contextos heterocisnormativo e heterocissexista reforçam os estereótipos e os preconceitos negativos injustificados, perpetuando episódios de violência.

Diversas vezes ouve-se falar de “*bullying* homofóbico”. Este fenómeno, menos simples do que aparenta, representa uma das formas de violência contra pessoas LGBTQIA+ (ou *queer*). Este capítulo inicia-se com a definição do fenómeno do *bullying* e a sua tipologia, clarificando e desmistificando de seguida as especificidades associadas ao *bullying* homofóbico através dos motivos, terminologia e tipos de atos. A partir daí, outras violências são abordadas e exemplificadas, consciencializando para a multiplicidade de formas de discriminação contra pessoas *queer*. Por fim, são detalhados os dados acerca da prevalência destes fenómenos no contexto português e o impacto na saúde mental.

## Definição de *bullying* e tipologia

*Bullying* pode ser definido como ações negativas a que um/a aluno/a é exposto/a/vitimado/a que são repetidas ao longo do tempo e por parte de uma pessoa ou de um grupo (Olweus, 1993). As duas características que definem o fenómeno do *bullying* são as ações repetidas<sup>30</sup> e o desequilíbrio de poder (Cascardi et al., 2014). Desta perspetiva, o *bullying* é um “problema relacional”<sup>31</sup> (Pepler, 2006): nas dinâmicas de

---

<sup>29</sup> Neste capítulo, os termos *divergente* e *não-normativo* surgem como sinónimos. Dizem respeito às características que não vão ao encontro das ditas “normas” e “expectativas” sociais no que diz respeito à orientação sexual (heterossexual), identidade de género (cisgénero) e características sexuais.

<sup>30</sup> Ainda que as definições mais formais incluam o fator *repetição*, as crianças manifestam que uma única ocorrência de uso de poder e agressão pode ser considerada como *bullying* (Pepler, 2014).

<sup>31</sup> Do original *relationship problem*.

poder, os/as agressores/as<sup>32</sup> aprendem a utilizar o poder e a agressão para controlar e causar mal-estar às vítimas que, quando repetidamente vitimizadas, ficam presas num relacionamento abusivo em que escapar é cada vez mais difícil. Nesse sentido, ainda que essas dinâmicas se manifestem num nível interpessoal, refletem as estruturas e os sistemas da sociedade no geral. Ainda que o estudo deste fenómeno se concentre mais entre crianças, adolescentes e jovens, é um problema que persiste nas relações adultas em contextos familiar, laboral e comunitário (Pepler, 2014).

No que diz respeito aos **tipos de bullying**, ele pode manifestar-se de diferentes formas (NCAB, n.d.; OPP, n.d.):

- a) *Bullying* físico: Inclui comportamentos associados a ataques físicos (por exemplo, bater, dar pontapés, empurrar, arranhar, cuspir, beliscar, e/ou colocar algum obstáculo para a vítima tropeçar) e/ou o dano de propriedade (por exemplo, roubar e/ou partir objetos);
- b) *Bullying* verbal: Inclui comportamentos como insultar, provocar, intimidar, chamar nomes e/ou gozar;
- c) *Bullying* social: É uma manifestação habitualmente mais velada e difícil de reconhecer porque pode acontecer sem ser na presença da vítima. Este tipo de *bullying* tem como objetivo prejudicar a reputação social e/ou causar humilhações. Alguns exemplos passam por mentir e espalhar boatos, ter uma postura de desprezo para com outra pessoa num contexto de grupo, dizer às outras crianças para não serem amigas de uma delas encorajando a sua exclusão do grupo e/ou fazer piadas desagradáveis para envergonhar/humilhar/rebaixar outra pessoa;
- d) *Cyberbullying*: *Bullying* praticado com recurso à tecnologia digital, incluindo *hardware* (dispositivos eletrónicos como computadores e/ou telemóveis) e *software* (redes sociais, mensagens, sites e/ou plataformas online). Alguns exemplos são textos, e-mails ou *posts* abusivos e/ou prejudiciais relativos a alguém, espalhar rumores, partilhar conteúdo privado/intimo sem consentimento do/a próprio/a – sejam dados ou vivência pessoais, ou conteúdo multimédia como *nudes* ou *sex tapes* – ou ainda fazer-se passar por alguém entrando na sua conta sem autorização.

---

<sup>32</sup> Na língua inglesa, os termos *bully* e *bullied* são utilizados para descrever a pessoa que perpetua os comportamentos (*bully*) e quem é alvo desses comportamentos (*bullied*). Na Língua Portuguesa Oral não existe uma tradução exata para estes termos, sendo utilizados os termos *agressor/a* (*bully*) e *vítima* (*bullied*) ao longo deste texto.

Todas estas formas de manifestação do *bullying* podem ser motivadas por diferentes razões. Ou seja, qualquer tipo de *bullying* pode ser motivado, por exemplo, pela cor de pele ou etnia, pelas crenças/fé, tamanho do corpo, orientação sexual, ou por qualquer outra característica lida/percebida como diferente (Youngminds, n.d.). Por vezes, surgem os termos “violência ou discriminação racista”, “discriminação devido à religião”, *body shaming* ou “violência ou *bullying* homofóbico”. É este último que, de seguida, vai ser detalhado.

### **Desmistificando e clarificando o fenómeno do *bullying* homofóbico (e violências relacionadas).**

O termo ***bullying* homofóbico** é um termo comumente utilizado para descrever a violência motivada pela perceção de uma orientação sexual não-normativa (Warwick et al., 2001). A bom rigor, esses atos violentos ocorrem quando alguém é percebido/a como tendo um papel de género não tradicional ou não-conforme (Poteat & Espelage, 2005) pelo que podem ocorrer igualmente com pessoas heterossexuais (Parent et al., 2020; Rodrigues et al., 2016). Para desmistificar e clarificar este fenómeno (e outros relacionados), é importante destacar três aspetos: (a) motivação, (b) terminologia, e (c) tipo de atos.

#### *O que motiva?*

Quando falamos das **motivações** associadas a este fenómeno, elas estendem-se, genericamente, à perceção de que alguém não é heterossexual e/ou cisgénero. A heterossexualidade é uma orientação sexual autoidentificada definida como a atração sexual, comportamental, emocional e/ou romântica por pessoas que se identificam com o sexo e género diferente do seu (habitualmente numa perspetiva binária, ou seja, uma mulher que se sente atraída por um homem e um homem que se sente atraído por uma mulher) (Carvalho et al., 2022; Teixeira et al., 2021). Uma pessoa cisgénero identifica-se com o sexo e género atribuídos à nascença (Matos & Rodrigues, 2021), ou seja, um bebé cujo sexo atribuído à nascença foi feminino e identifica-se com rapariga/mulher (género) ou um bebé cujo sexo atribuído à nascença foi masculino e identifica-se como rapaz/homem (género). Tanto a orientação sexual como a identidade de género são categorias pessoais e autoidentificadas, ou seja, dizem respeito a um processo subjetivo

através do qual cada pessoa designa uma identificação de si que traduza sua experiência e vivência nessa categoria (Teixeira et al., 2021). Sendo o *bullying* homofóbico motivado pela percepção de que alguém não é heterossexual e/ou cisgênero e se a orientação sexual e identidade de gênero são autoidentificações, como pode uma pessoa inferir se alguém é heterossexual e/ou cisgênero? O que acontece é que a *verdadeira* motivação se prende com o incumprimento dos papéis de gênero estereotipados (e não com a orientação sexual e/ou identidade de gênero *per se*). Ou seja, a violência homofóbica é motivada pela inferência mental e individual de uma orientação sexual e/ou de uma identidade de gênero percebidas em função dos estereótipos de gênero.

Os **papéis de gênero** dizem respeito ao conjunto de expectativas e regras sociais convencionadas acerca de como pessoas do gênero feminino e masculino se devem comportar, vestir, pensar ou exprimir-se. Essas expectativas e regras são mutáveis e dependentes do contexto histórico, cultural e social (Matos & Rodrigues, 2021; Teixeira et al., 2021). Por conseguinte, a **expressão de gênero** corresponde à forma como cada pessoa exprime a sua (des)identificação com o seu gênero (que inclui o vestuário, os acessórios, corporalidade, gestos, entre outros) (Carvalho et al., 2022; Teixeira et al., 2021). Muitas vezes, estas (des)identificações com o gênero são divergentes, ou seja, não existe concordância e/ou desvia-se da dita *norma* (Teixeira et al., 2021). **Gênero não conforme** é um adjetivo utilizado como um termo guarda-chuva para descrever pessoas cuja identidade e/ou expressão de gênero são diferentes das *normas* tipicamente associadas ao sexo e gênero atribuídos a nascença (APA, 2015).

Um estudo de Navarro et al., (2016) que analisa diferentes dimensões do gênero (nomeadamente a tipicidade de gênero<sup>33</sup>, satisfação com o gênero, pressão em se conformar com o gênero atribuído e viés de grupo) e a sua relação com os papéis associados ao *bullying* (vítima, agressor/a ou vítima-agressor/a) provou que o gênero em si não prediz nenhum dos papéis associados ao *bullying*. Quando analisadas as diferentes dimensões do gênero, os resultados não foram lineares. A considerar:

a) a vitimização (tanto em rapazes como em raparigas) demonstra uma associação negativa com a tipicidade e satisfação com o gênero, ou seja, quanto maior o grau de vitimização, menores os níveis de tipicidade e satisfação com o seu gênero, e *vice-versa*;

---

<sup>33</sup> Semelhança autopercebida com outros/as membros/as da mesma categoria de gênero.

- b) a pressão em se conformar com o gênero atribuído é maior no papel de agressor/a;
- c) os rapazes autoatribuíram-se mais traços masculinos e uma maior pressão em manter a conformidade com o gênero atribuído quando comparados com raparigas;
- d) o papel de agressor/a está positiva e significativamente associado a traços ditos masculinos, ou seja, quanto mais traços associados à masculinidade, maior o papel de agressor/a, e *vice-versa*;
- e) o papel de agressor/a está negativa e significativamente associado a traços ditos femininos, ou seja, quanto menos traços associados à feminilidade, menor o papel de agressor/a, e *vice-versa*;

Quando existe uma menor semelhança autopercebida com pares do mesmo gênero e maior insatisfação com o seu gênero, a probabilidade de se ser vítima de *bullying* é maior; os/as agressores/as sentem-se mais pressionados/as a manter a conformidade com o seu gênero e essa pressão é mais sentida nos rapazes. Além de mais, os/as agressores/as revelam uma maior associação com os traços ditos masculinos e uma menor associação com os traços ditos femininos. Estes resultados espelham a dimensão social dos papéis de gênero e as expectativas associadas. Historicamente, a masculinidade está mais associada às componentes instrumentais de competência (por exemplo agressividade, insensibilidade, ambição e maior experiência a nível sexual) e a feminilidade está mais associada à comunhão, expressividade e calor (por exemplo passividade, sensibilidade, ingenuidade e graciosidade) (Hentschel et al., 2019; PP, n.d.).

### *Terminologia(s)*

Ao nível da **terminologia** utilizada, o *bullying* homofóbico surge enquadrado como uma forma de “violência queer” (Lund et al., 2021). Outras formas de violência *queer* relacionam-se com a violência contra pessoas bissexuais, trans, assexuais e intersexo. A **violência bifóbica** ou bifobia diz respeito a atitudes e práticas pejorativas e/ou violentas direcionadas a pessoas que são percecionadas e/ou que se identificam como bissexuais (Teixeira et al., 2021) e a **violência transfóbica** ou transfobia diz respeito a atitudes e práticas pejorativas e/ou violentas direcionadas a pessoas que são

percecionadas como pessoas trans, independentemente de se autoidentificarem ou não desta forma (Teixeira et al., 2021). É importante não englobar a violência bifóbica como uma forma de violência homofóbica, pois referem-se à negatividade específica direcionada a pessoas bissexuais, como por exemplo suposições de cobiça ou promiscuidade devido ao facto destas pessoas se sentirem atraídas por mais de um género, ou achar que pessoas bissexuais estão confusas e que estão numa fase de “transição” para uma identidade homossexual ou heterossexual “madura” (Barker, 2014). Da mesma forma, a transfobia não deve ser englobada como uma forma de violência homofóbica (Barker, 2014), uma vez que existem comportamentos violentos e discriminatórios específicos dirigidos a pessoas percecionadas como trans e/ou género não conforme, como por exemplo *omisingering*, *desgendering* e *gatekeeping*<sup>34</sup> (Chang et al., 2018; Howansky et al., 2021). Mais recentemente, a **violência acefóbica** ou acefobia (violência contra pessoas assexuais) começou ser alvo de atenção, onde se enquadram os fenómenos de medicalização e patologização da assexualidade, isolamento e apagamento, experiências sexuais não desejadas e violação corretiva (Lund, 2021). Por fim, a **violência interfóbica** ou interfobia diz respeito a atitudes e práticas pejorativas e/ou violentas direcionadas a pessoas que se assumem serem intersexo (Perry & Franey, 2019; Teixeira et al., 2021). Alguns exemplos passam pelas cirurgias de *normalização*, patologização e abuso sexual nosocomial (Tosh, 2019).

Em suma, o espectro de violências *queer* é muito mais abrangente do que apenas *bullying*/violência homofóbica. Simplificadamente, a violência *queer* diz respeito a todas as formas de violência dirigidas a pessoas percecionadas com orientação sexual, identidade e/ou expressão de género e/ou características sexuais não-normativas. A violência contra pessoas bissexuais, trans, assexuais e intersexo são realidades e exigem um olhar atento, sensível e complexo. Algumas das manifestações de cada uma delas é esclarecido no ponto seguinte.

### *Tipo de atos*

A amplitude dos **tipos de atos** praticados quando nos referimos a violência *queer* é alargado. Por um lado, as **macroagressões** dizem respeito a um conjunto de atos de agressão e desrespeito, potencialmente em larga escala, direcionados a pessoas de

---

<sup>34</sup> Termos clarificados no ponto seguinte.

determinados grupos de pertença (neste caso devido à percepção de uma orientação sexual, identidade e/ou expressão de gênero e/ou características sexuais não-normativas) (APA, 2017). Podem manifestar-se através de conflitos físicos, crimes de ódio e até homicídios, sendo mais facilmente detetadas como uma manifestação de violência. Por outro lado, as **microagressões** dizem respeito a atos mais subtis/encobertos/velados. Dizem respeito a comportamentos insultuosos, depreciativos ou negativos que são dirigidos a pessoas pertencentes a grupos minoritários<sup>35</sup> e que transmitem enviesamentos (Torino et al., 2019).

De forma a sistematizar as diferentes formas de violência(s) contra pessoas da comunidade *queer*, o Quadro 1 compila alguns dos exemplos de violência(s).

#### Quadro 1

##### *Exemplos de violência(s)*<sup>36</sup>

---

*Microinvalidação:* Acontece quando existe negação do contexto heterossexista. Alguns exemplos são expressões como “Não exageres, ninguém vai reparar que és lésbica!” ou “Só dizes isso porque és homossexual!”.

---

---

<sup>35</sup> Importa lembrar que, neste contexto, o termo *Minoria* ou *Minoritário* diz respeito a grupos que estão sujeitos à opressão e discriminação por aqueles que estão em posições sociais dominantes e poderosas, independentemente de serem minorias numéricas ou não (Perkins & Wiley, 2014). É o caso do grupo de pessoas LGBTQIA+.

<sup>36</sup> Nota 1: Os exemplos apresentados estão categorizados para facilitar a compreensão, o que não significa que sejam exclusivos de um tipo de violência. Por exemplo, *microagressões ambientais* podem igualmente ser formas de violência bifóbica (“Não exageres, até já aparecem bissexuais em novelas!”) ou transfóbica (“Agora é só filmes com pessoas trans!”). Da mesma forma que a *invasão da privacidade corporal* é também uma forma de violência contra pessoas intersexo. Além disso, a diversidade sexual e de gênero incluem outras identificações, como por exemplo, pansexualidade, demissexualidade, não-binarismo, que, menos reconhecidas socialmente, são igualmente vítimas dos fenómenos relacionados com o estigma.

Nota 2: As definições apresentadas e mais exemplos podem ser consultados em Nadal (2019) e Nadal et al. (2010) no que diz respeito às violências homo e bifóbica; Ansara & Hegarty (2014), Chang et al. (2018) Howansky et al. (2021) e Nadal (2019) no que diz respeito à violência transfóbica; Lund (2021) no que diz respeito à violência contra pessoas assexuais; e Tosh (2019) no que diz respeito à violência interfóbica.

	<p><i>Assumir que</i> [a orientação sexual] <i>é um desvio</i>: Expressões como “De certeza que tens SIDA!” aquando do conhecimento da homossexualidade masculina ou comportamentos de afastamento perante manifestações de comportamentos homossexuais (por exemplo, alterar o percurso para um/a filho/a mais jovem não ver duas mulheres de mão dadas ou a beijarem-se).</p>
Violência homofóbica	<p><i>Linguagem heterossexista</i>: Expressões como “Que coisa tão gay!” como referência a algo negativo e/ou estereotipado; insultos como “bicha” e “camiona”; ou piadas pejorativas acerca da homossexualidade.</p>
	<p><i>Exigir conformidade de género</i>: Expressões como “Veste-te como um homem!” ou “Não te comportes com lésbica na rua” refletem a pressão para se a expressão de género seja conforme as <i>normas</i> e as expectativas de género sociais.</p>
	<p><i>Microagressões ambientais</i>: Expressões como “Não exageres, até já aparecem gays em novelas!” ou “Agora todas as publicidades têm pessoas que não são heterossexuais!” distorcem a não-representatividade histórica de pessoas homossexuais.</p>
Violência bifóbica	<p><i>Negação da bissexualidade</i>: Expressões como “Não te preocupes, isso é só uma fase” ou “Ah, ainda estás confuso/a, vais ver que vais perceber se és heterossexual ou homossexual” invalidam a vivência de uma pessoa bissexual e contribuem para a invisibilidade.</p>
Violência transfóbica	<p><i>Negação da identidade de género</i>: Expressões como “Isso são coisas da tuacabeça” ou “Lá agora não és um homem/mulher [fazendo alusão ao sexo atribuído a nascença]” ou ainda “Não te preocupes, isso vai-te passar” invalidam a vivência de uma pessoa trans ou género não conforme.</p>
	<p><i>Mingendering</i>: Diz respeito ao uso de linguagem genderizada que não corresponde a como as pessoas se identificam, nomeadamente, o uso incorreto de pronomes. Isto acontece quando uma pessoa é tratada por um género que não se identifica, por exemplo, tratar um homem trans no feminino ou uma mulher trans no masculino, manifestando uma rejeição pela identidade de género.</p>

	<p><i>Disgendering:</i> Acontece quando alguém, de forma desafiadora, utiliza pronomes neutros ou a ausência de pronomes ao referir-se a alguém trans que tem o seu género conhecido. Por exemplo, no contacto com uma mulhertrans, sabendo que os seus pronomes são femininos, de forma intencional e provocatória, omitir os pronomes. Este fenómeno acontece especificamentecom pessoas trans, ou seja, quem tem esse comportamento, em momento algum omite os pronomes em relação a pessoas cisgénero.</p>
<p>Violência transfóbica</p>	<p><i>Invasão da privacidade corporal:</i> Acontece quando se pergunta pela genitália/cirurgias genitais a pessoas trans se uma forma provocatória ou desconfortável. Pode ainda acontecer quando existe intenção de ter relações sexuais com pessoas trans porque as consideram “exóticas”.</p>
	<p><i>Desconforto comportamental:</i> Acontece quando há uma mudança comportamental de afastamento/rejeição que é motivada pelo conhecimento de que alguém é trans ou género não conforme. Por exemplo, quando uma pessoa não se senta ao lado de outra por esse motivo ou que muda de lugar quando descobre que a pessoa é trans ou género não conforme.</p>
	<p><i>Negação da transfobia societal:</i> Semelhante às microinvalidações, acontecequando existe negação do contexto cissexista. Alguns exemplos são expressões como “Estás a exagerar com essa coisa da discriminação social contra pessoas trans” ou “Reclamas demasiado quando alguém reage à tua inconformidade de género”.</p>
	<p><i>Gatekeeping:</i> Acontece quando um/a terapeuta acredita que é responsável pelas decisões da vida do/a paciente e, por exemplo, adia os procedimentos necessários para que o/a paciente tenha acesso a cuidados de saúde. Uma situação frequente deste tipo de violência é o adiamento do relatório necessário para integrar os serviços de transição hormonal e/ou médicas.</p>
	<p><i>Patologização e medicalização:</i> A prescrição de medicação associada a pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas e desejo de atividade sexualpersistente ou recorrentemente diminuídos ou ausentes (típico da <i>Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo Masculino</i> e da <i>Perturbação do Interesse/Excitação Sexual</i></p>

	<i>Feminino</i> <sup>37</sup> ) é uma forma de violência contra estas pessoas, invalidando a sua orientação sexual.
Violência acefóbica	<i>Isolamento e apagamento</i> : Excluir pessoas assexuais de comunidades e pertença a minorias sexuais cria uma sensação de isolamento que as leva a sentir que devem “provar” a sua legitimidade e valor. Em consequência, a não consideração desta orientação sexual (apagamento) invalida a existência destas pessoas.
	<i>Experiências sexuais não desejadas e violação corretiva</i> : Experiências sexuais não consentidas são uma forma de violência sexual, seja com objetivo ou não de tentar <i>curar</i> ou <i>reverter</i> a falta ou diminuto desejo sexual.
Violência interfóbica	<i>Cirurgias de normalização</i> : As cirurgias de normalização genital (e outras cirurgias desnecessárias) surgem do pressuposto que que um corpo <i>normal</i> éo tipicamente associado a masculino e a feminino e que a classe médica é responsável por garantir isso, constituindo uma forma de violação do direito de autodeterminação e uma forma de violência médica.
	<i>Patologização</i> : Muitas vezes a condição intersexo surge descrito como um diagnóstico de <i>Diferenças no Desenvolvimento Sexual</i> <sup>38</sup> , reforçando o estigma associado.
	<i>Abuso sexual nosocomial</i> : Abuso sexual que ocorre no contexto médico, por exemplo, na examinação genital.

É importante recordar que, à semelhança do *bullying* enquanto forma de violência, também outras formas de violência podem ser física, verbal, social, ou praticadas com recursos a tecnologia digital. Quando falamos das especificidades da discriminação dirigida a pessoas não-heterossexuais, a tríade insulto-invisibilidade-isolamento (**Ciclo dos 3 i's**) esclarece este fenómeno nesta população estigmatizada (Moleiro et al., 2016). A maioria das pessoas aprendem, desde muito cedo, alguns

<sup>37</sup> *Male Hypoactive Sexual Desire Disorder e Female Sexual Interest/Arousal Disorder*, DSM-5 (APA, 2013).

<sup>38</sup> *Disorders of Sex Development* (Hughes, 2006). O termo *Perturbação no Desenvolvimento Sexual* é um termo alternativa amplamente aceite na comunidade médica, mas não aceite pelas pessoas intersexo e suas famílias. Em alternativa surgiu o termo *Diferenças no Desenvolvimento Sexual* (Macedo, 2018), ainda que as pessoas intersexoprefiram somente o termo *Intersexo*.

termos insultuosos como *paneleiro* ou *fufa* que têm um impacto maior porque afetam o núcleo da sua identidade – **insulto**. Ao contrário de outras características, a orientação sexual não é um atributo visível. No âmbito do desenvolvimento da sua identidade, estas pessoas precisam de sair do armário<sup>39</sup> para serem reconhecidas enquanto tal. Mas para lidarem com os insultos, muitas vezes preferem manter-se invisíveis – **invisibilidade**. A maioria das pessoas não-heterossexuais não cresce com referência e com um grupo de amizades com quem se identificam e essa dificuldade em contactar e estabelecer relações significativas (porque estão invisíveis) – **isolamento**. A visibilidade social que se tem visto nos últimos anos tem tido um contributo importante para reduzir o isolamento. No entanto, não deixa de ser fundamental a existência de modelos diversos e positivos que permitam às minorias sexuais a perceção de que não são únicas nessa situação e que a sua orientação sexual não é impeditiva do sucesso e felicidade (Moleiro et al., 2016). Enquanto minorias, outros grupos estigmatizados *queer*, terão experiências semelhantes.

## Os números em Portugal

No que diz respeito à prevalência da violência *queer* em Portugal, a maior parte dos dados disponíveis são de observatórios/relatórios de associações que trabalham com esta população e alguns estudos científicos. De forma consensual, a prevalência deste fenómeno é significativamente expressiva.

Nos últimos dados disponíveis do *Observatório Nacional do Bullying*<sup>40</sup> (Neves et al., 2021), a violência psicológica foi a mais reportada, tendo sido o sexo, orientação sexual ou identidade de género os motivos da prática de *bullying* em 25,30% dos casos. No mesmo sentido, o mais recente relatório sobre o clima escolar (*Relatório do Projeto FREE*<sup>41</sup>; Fernandes et al., 2022) refere que as questões da expressão de género, da identidade de género e da orientação sexual surgem como o segundo, terceiro e quarto motivos invocados para a prática de *bullying*.

---

<sup>39</sup> Ou *coming out* diz respeito ao processo em que alguém se reconhece e aceita a sua orientação sexual. Também engloba o processo em que essa pessoa revela a sua orientação sexual para as outras pessoas. Aplica-se também à identidade de género (APA, 2021). Por outro lado, o *outing*, diz respeito ao processo pelo qual a orientação sexual (ou identidade de género) não-normativa é revelada publicamente por outras pessoas sem o consentimento da própria (Moleiro et al., 2016). É também uma forma de violência.

<sup>40</sup> Referente ao ano de 2020.

<sup>41</sup> É possível ler alguns testemunhos no relatório (*The FREE Project: Relatório Preliminar sobre jovens LGBTQ+ e clima escolar em Portugal*. [https://zenodo.org/record/6553126#.Yp2\\_S6jMK3A](https://zenodo.org/record/6553126#.Yp2_S6jMK3A))

Um estudo de António et al. (2011), revelou que 42% dos/as jovens referiram já terem sido vítimas de *bullying* homofóbico e que 67% afirmaram já terem visto episódios *bullying* homofóbico tanto dentro (28%) como fora (67%) do recinto escolar. A violência psicológica foi novamente a mais prevalente quando comparada com *ciberbullying* e violência física e sexual. Ainda assim, apenas 19% dos/as estudantes LGBTQIA+ afirmou nunca ter sido vítima de *ciberbullying* (comparado com 35% dos/as estudantes heterossexuais e cisgénero) (Fernandes et al., 2022).

Os dados do *Relatório do Projeto Educação LGBTI de 2019* da rede ex aequo<sup>42</sup> (REA, 2020) revelou que 79,20% dos/as jovens já assistiu a situações de discriminação, agressão ou gozo *queer* (com o motivo da orientação sexual, identidade e/ou expressão de género e/ou características sexuais). Uma em cada quatro dessas situações ocorreu em contexto escolar recentemente. No que diz respeito à perspectiva de docentes e funcionários/as, apenas um pouco mais de metade afirmaram terem visto situações destas.

Já o *Observatório da Discriminação contra Pessoas LGBTI+*<sup>43</sup> (ILGA Portugal, 2020), durante o ano de 2019, recebeu 171 denúncias. A faixa etária conhecida das vítimas com maior prevalência foi dos 18 aos 34 anos e quase metade das denúncias foram com homens cisgénero como vítimas (43,98%). Se em praticamente metade das situações denunciadas o/a agressor/a era apenas uma pessoa (50,37%), num quarto das situações esses episódios foram perpetrados por um grupo de pessoas (25,19%). Adicionalmente, na maior parte das situações denunciadas (40%), o(s)/a(s) agressor(es)/a(s) foram pessoas desconhecidas para a vítima ou para as testemunhas. A destacar ainda que 13,04% das situações ocorreram em contexto escolar e o contexto mais denunciado foi na rua (15,53%). Especificando o tipo de discriminação, a maior parte foram insultos ou ameaças (verbal ou escrita) (45,58%) e o motivo mais apontado foi apenas homofobia (65,22%), seguida de homofobia e transfobia em conjunto (19,57%) e com menor expressão apenas transfobia (10,14%).

Outro estudo mais recente com 779 pessoas (Seabra et al., 2021), revelou que 31,70% dos/as inquirido/as afirmaram terem sido vítimas de um episódio traumático de vergonha associado a violência homofóbica (com motivo a orientação sexual e/ou

---

<sup>42</sup> É possível ler alguns testemunhos no relatório.

<sup>43</sup> É possível ler alguns testemunhos no relatório.

expressão de género). A comparação destas prevalências considerando a orientação sexual, a identidade de género e o género, está detalhada no Quadro 2. De uma forma geral, pessoas não- heterossexuais, trans e género não conforme e pessoas não-binárias são os grupos com maior prevalência de experiências traumáticas de vergonha associados a episódios de violência homofóbica, que correspondem aos grupos socialmente mais estigmatizados.

## Quadro 2

*Prevalência de experiências traumáticas associadas a violência homofóbica em função da orientação sexual, identidade de género e género.*

Experiências traumáticas de vergonha associadas a episódios de violência homofóbica		
Orientação Sexual	Heterossexual	14%
	Não-heterossexual	51,10%
Identidade de Género	Cisgénero	29,90%
	Trans ou género não conforme	56,40%
	Homem	52%
Género	Mulher	19%
	Outro	57,70%

Quando comparamos os dados<sup>44</sup> do *Observatório da Discriminação contra PessoasLGBTI+* ao longo dos anos, além do aumento de denúncias verificado em 2014, a partir daí o número de denúncias têm-se mantido relativamente constante<sup>45</sup>. Este é um indicador de que a violência *queer* não parece diminuir em Portugal. De uma forma

<sup>44</sup> Dados disponíveis em <https://ilga-portugal.pt/observatorio/> referentes aos anos 2013-2019.

<sup>45</sup> 2013: 164 denúncias; 2014: 339 denúncias; 2015: 158 denúncias; 2016: 179 denúncias; 2017: 188 denúncias; 2018: 186 denúncias; 2019: 171 denúncias.

geral, é a juventude adulta a mais vitimizada<sup>46</sup>. O género mais vitimizado – coerentemente com os estudos da área – foi o masculino (com percentagens entre 43,09% e 54% ao longo dos anos). No que diz respeito ao local onde mais ocorrem esses episódios, é o espaço público (rua) o mais escolhido<sup>47</sup>. No que diz respeito ao contexto escolar como palco destes episódios, ocorre, em média, em quase 2 em cada 10 episódios<sup>48</sup>. No entanto houve um crescimento bastante significativo reportado pelos/as estudantes (31,33% durante o período de 2016-2018 e 79,20% no ano de 2019)<sup>49</sup>.

## O impacto na saúde mental

Qualquer tipo de violência tem impacto negativo na saúde mental. No que diz respeito à violência *queer*, o cenário não é diferente. Quando se comparam indicadores de saúde mental entre pessoas com orientação sexual (Wittgens et al., 2022)<sup>50</sup> e identidade de género (Pattison et al., 2021)<sup>51</sup> normativas e não-normativas, eles são sempre mais baixos em pessoas com características não-normativas. Ou seja, pessoas não-heterossexuais e trans e género não conforme têm uma saúde mental mais empobrecida quando comparadas com pessoas heterossexuais e cisgénero. Sabendo que nem a orientação sexual nem a identidade de género configuram alguma forma de (psico)patologia (APA, 2013), a que se deverão estas diferenças? Meyer (2003) esclarece que são os processos de stress minoritário que justificam essas diferenças. O **stress minoritário** é definido como o stress adicional que as pessoas de grupos minoritários são expostas como resultado da sua posição social minoritária. O preconceito e estigma direcionados às minorias sexuais e de género trazem fontes de stress únicas que causam consequências adversas ao nível da saúde mental (Meyer & Frost, 2013). Os processos distais de stress minoritário (acontecimentos externos, objetivos, relacionados com o

---

<sup>46</sup> Faixas etárias com maior prevalência (vitimização): 14-20 (em 2013 e 2014); 18-24 (em 2015, 2016 e 2017); 35-44 (em 2018). Em 2019, as faixas etárias 18-24 e 25-34 tiveram a mesma prevalência, com maior número de vítimas.

<sup>47</sup> Espaço público (rua) como o local referido com maior prevalência destes episódios em 2015, 2016 e 2019.

<sup>48</sup> Entre 2015 e 2019, a média da percentagem de episódios que acontece no contexto escolar é de 11,58%.

<sup>49</sup> Dados dos *Relatórios do Projeto Educação LGBTI*. <https://www.rea.pt/relatorioprojetoeducacao/>

<sup>50</sup> Comparação do risco de depressão e suicidalidade entre pessoas gays, lésbicas e bissexuais vs heterossexuais.

<sup>51</sup> Comparação de *distress* entre jovens trans e género não conforme vs cisgénero.

preconceito) prendem-se exatamente com episódios de discriminação e violência (Meyer, 2003).

Mesmo se detalharmos as **vítimas de *bullying* homofóbico**, estas apresentam igualmente níveis mais elevados de ansiedade, depressão e dor física quando comparados com não vítimas (independentemente se ter sido *cyberbullying* ou mais tradicional) (Wang et al., 2018). A discriminação em relação à orientação sexual está mesmo associada a uma probabilidade maior de desenvolver perturbações mentais (Bostwick et al., 2014). Uma revisão sistemática demonstrou que ser-se vítima de *bullying* homofóbico por parte dos pares está associado a disrupções no trajeto académico, uso de álcool e substâncias e stress traumático (Collier et al., 2013). E as pessoas vítimas de experiências traumáticas de vergonha, quando comparadas com quem não teve, apresentam níveis significativamente maiores de ansiedade, depressão e ansiedade social, bem como menores níveis de satisfação com a vida (Seabra et. al, 2021).

Além destas experiências violentamente mais objetivas, as microagressões – ainda que muitas vezes desvalorizadas – têm igualmente impacto prejudicial, levando a mais sentimentos de isolamento e diminuição do bem-estar como ansiedade, depressão e suicidalidade (Galupo & Resnick, 2016; Tsai et al., 2021). Um bom exemplo da importância de não desconsiderar as microagressões é um estudo que revelou que quando é utilizado o nome social nos diferentes contextos com pessoas trans e género não conforme, os sintomas depressivos, ideação suicida e comportamentos suicidas são menores (Russell et al., 2018).

O Modelo de Stress Minoritário além dos processos distais já abordados, também contempla **processos de stress minoritário mais proximais** que são mais subjetivos e relacionados com a identidade sexual e de género, mas igualmente fruto de enviesamentos sociais relacionados com o estigma através de processos cognitivos de internalização (Meyer, 2015, 2020). Trata-se do estigma percebido<sup>52</sup>, ocultação<sup>53</sup>,

---

<sup>52</sup> Diz respeito às expectativas de rejeição e discriminação na interação com o grupo dominante. Um exemplo disso é a constante vigilância no dia-a-dia (Meyer, 1995).

<sup>53</sup> Diz respeito à ocultação pública da orientação sexual e/ou identidade de género (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003).

homofobia e transfobia internalizada<sup>54</sup> e disforia de género<sup>55</sup> (Hendricks & Testa, 2012; Lindley & Galupo, 2020; Meyer, 2003). Inicialmente o modelo de stress minoritário surgiu referente a pessoas lésbicas, gays e bissexuais (Meyer, 2003), mas já se demonstrou aplicar-se a pessoas trans e género nãoconforme (Hendricks & Testa, 2012) e mais recentemente a pessoas assexuais (Mcinroy et al., 2020). Estes fenómenos têm também impacto na saúde mental. Um estudo de Ramirez & Galupo (2019) demonstrou que tanto os fatores distais como proximais predizem sintomatologia ansiosa e depressiva e que os fatores proximais acrescem uma predição de 15% quando comparados com a predição dos fatores distais isoladamente.

## Conclusão

A violência *queer* é um fenómeno complexo e diversificado. O *bullying* é umas das formas de violência, caracterizada pela perpetuação de ações negativas, de forma isolada ou recorrente, que espelha o desequilíbrio de poder entre grupos socialmente dominantes e minoritários. Pode ser físico, verbal, social ou praticado com recurso a tecnologia digital (*cyberbullying*) e pode ser motivado por um conjunto de fatores. De todas as formas de violência *queer*, destacam-se as violências homo, bi, trans, ace e interfóbica. A violência homofóbica é motivada pela inferência mental e individual de uma orientação sexual e/ou de uma identidade de género percebidas em função dos estereótipos de género (i.e., relacionado com a perceção do incumprimento dos papéis sociais estereotipados). Não sendo uma violência dirigida à orientação sexual, *per se*, este tipo de violência não é exclusivo a pessoas homossexuais, podendo qualquer pessoa ser vítima. As violências bi, trans, ace e interfóbica são dirigidas a aspetos específicos associados a essa orientação sexual, identidade de género e/ou características sexuais, sendo motivadas por preconceitos associados a estas existências. Mais uma vez, podem ocorrer pela perceção de que alguém é bissexual, trans, assexual e/ou intersexo, independentemente de o ser ou não. No entanto, se nenhuma destas identidades refletem alguma forma de (psico)patologia, algumas necessitam (ou podem necessitar) de

---

<sup>54</sup> Diz respeito à internalização as atitudes sociais negativas respeitantes à orientação sexual e identidade de género (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003).

<sup>55</sup> Diz respeito, de uma forma genérica, à experiência pessoal que envolve um intenso desconforto corporal associado ao facto do género ser diferente do sexo atribuído à nascença (Coleman et al., 2012).

cuidados de saúde específicos (e.g. pessoas trans e intersexo). Para o acesso a esses cuidados de saúde, a sua saída do armário é exigida nos contextos de saúde, sendo muitas vezes, mais um palco de discriminação e violência. Estes fenómenos contribuem para a invisibilidade e isolamento de pessoas *queer*, reforçando as desigualdades e o desequilíbrio de poder. Desde as macroagressões até às microagressões, todas impactam negativamente a vida das vítimas, principalmente ao nível da saúde mental. Inquestionavelmente, as pessoas LGBTQIA+ têm níveis mais elevados de psicopatologia quando comparadas com pessoas heterossexuais e cisgénero. Não configurando nenhuma forma de (psico)patologia, estas diferenças são explicadas exatamente pelos fenómenos sociais e interpessoais de violência e discriminação que traduzem a hostilidade perante estas pessoas, vulnerabilizando-as. Em Portugal, a prevalência destes fenómenos é bastante expressiva em diversos contextos, recordando a necessidade de implementação de estruturas e recursos de apoio a estas pessoas. As vítimas, na sequência dos maus-tratos e com acesso a recursos dificultadas, muitas vezes internalizam o estigma, aumentando as dificuldades na aceitação e nos relacionamentos. Por tudo isto, é importante a compreensão e disseminação destes fenómenos, bem como a capacitação de profissionais no combate à violência *queer*. Lutar, estudar, conhecer, visibilizar e intervir é contribuir para evitar depoimentos como os de Alice Azevedo. Unamos as mãos. E os corações.

## Referências

- American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association. (2017). *Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality*. <https://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>
- American Psychological Association. (2021). APA | Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons. *The American Psychological Association, February*. [www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf](http://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf)

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi-org.ezproxy.frederick.edu/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ansara, Y. G., & Hegarty, P. (2014). Methodologies of misgendering: Recommendations for reducing cisgenderism in psychological research. *Feminism and Psychology, 24*(2), 259–270. <https://doi.org/10.1177/0959353514526217>
- António, R., Pinto, T., Pereira, C., Farcas, D., & Moleiro, C. (2011). Bullying homofóbico no contexto escolar em Portugal. *PSICOLOGIA, 26*(1). <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v26i1.260>
- Barker, M. (2014). Bissexuality. In T. Teo (Ed.), *Encyclopedia of Critical Psychology* (pp. 170–175). Springer Reference.
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., West, B. T., & McCabe, S. E. (2014). Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(1), 35–45. <https://doi.org/10.1037/h0098851>
- Carvalho, S. A., Castilho, P., Seabra, D., Salvador, M. do C., Rijo, D., & Carona, C. (2022). Critical issues in cognitive behavioural therapy (CBT) with gender and sexual minorities (GSMs). *The Cognitive Behaviour Therapist, 15*(E3). <https://doi.org/10.1017/S1754470X21000398>
- Cascardi, M., Brown, C., Iannarone, M., & Cardona, N. (2014). The Problem With Overly Broad Definitions of Bullying: Implications for the Schoolhouse, the Statehouse, and the Ivory Tower. *Journal of School Violence, 13*(3), 253–276. <https://doi.org/10.1080/15388220.2013.846861>
- Chang, S. C., Singh, A., & Dickey, Lore M. (2018). *A clinician's guide to gender-affirming care: Working with transgender & gender nonconforming clients*. Context Press.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., ... Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transexual, transgender, and

- gender-nonconforming people. In *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* (7th ed.). World Professional Association for Transgender Health(WPATH). [www.wpath.org](http://www.wpath.org)
- Collier, K. L., Beusekom, G. van, Bos, H. M. W., & Sandfort, T. G. M. (2013). Sexual Orientation and Gender Identity/Expression Related Peer Victimization in Adolescence: A Systematic Review of Associated Psychosocial and Health Outcomes. *The Journal of Sex Research*, 50(3–4), 299–317. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.750639>
- Galupo, M. P., & Resnick, C. A. (2016). Experiences of LGBT Microaggressions in the Workplace: Implications for Policy. In *Sexual Orientation and Transgender Issues in Organizations* (Issues 271–287). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-29623-4>
- Fernandes, T., Alves, B., & Gato, J. (2022). The FREE Project: Relatório preliminar sobre jovens LGBTQ+ e clima escolar em Portugal. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6553126>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stressmodel. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Hentschel, T., Heilman, M. E., & Peus, C. V. (2019). The multiple dimensions of gender stereotypes: A current look at men’s and women’s characterizations of others and themselves. *Frontiers in Psychology*, 10(JAN), 1–19. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00011>
- Howansky, K., Wittlin, N., Bonagura, D., & Cole, S. (2021). Him, her, them, or none: misgendering and degendering of transgender individuals. *Psychology and Sexuality*, 00(00), 1–15. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1978529>
- ILGA Portugal. (2020). 2019: *Discriminação contra Pessoas LGBTI+*. [https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/observatorio/ILGA\\_Relatorio\\_Discriminacao\\_2019.pdf](https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/observatorio/ILGA_Relatorio_Discriminacao_2019.pdf)
- Lindley, L., & Galupo, M. P. (2020). Gender dysphoria and minority stress: Support for inclusion of gender dysphoria as a proximal stressor. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(3), 265–275. <https://doi.org/10.1037/sgd0000439>
- Lund, E. M. (2021). Violence Against Asexual Individuals. In E. M. Lund, C. Burgess,

& A. J. Johnson (Eds.), *Violence Against LGBTQ+ Persons: Research, Practice, and Advocacy* (pp. 179–183). Springer.

Lund, E. M., Burgess, C., & Johnson, A. J. (2021). Queer Violence: Confronting Diverse Forms of Violence Against LGBTQ+ Persons and Communities. In E. M. Lund, C. Burgess, & A. J. Johnson (Eds.), *Violence Against LGBTQ+ Persons: Research, Practice, and Advocacy* (pp. 1–4). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-52612-2\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-52612-2_1)

Macedo, A. (2018). *Identidade de género e orientação sexual na prática clínica*. Edições Sílabo, Lda.

Matos, J. C. G., & Rodrigues, I. (2021). *Guia sobre Saúde e Leis Trans em Portugal: Recursos e Procedimentos*. <https://www.rea.pt/imgs/uploads/guia-trans.pdf>

McInroy, L. B., Beaujolais, B., Leung, V. W. Y., Craig, S. L., Eaton, A. D., Austin, A.,

McInroy, L. B., Beaujolais, B., Leung, V. W. Y., Shelley, L., Eaton, A. D., Austin, A., Eaton, A. D., & Craig, S. L. (2020). Comparing asexual and non-asexual sexual minority adolescents and young adults: stressors, suicidality and mental and behavioural health risk outcomes. *Psychology & Sexuality, 00(00)*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1806103>

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36(1)*, 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin, 129(5)*, 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Meyer, I. H. (2015). Resilience in the Study of Minority Stress and Health of Sexual and Gender Minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2(3)*, 209–213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>

Meyer, I. H. (2020). Rejection Sensitivity and Minority Stress: A Challenge for Clinicians and Interventionists. *Archives of Sexual Behavior, 49(7)*, 2287–2289. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01597-7>

Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013). Minority Stress and the Health of Sexual Minorities. In C. J. Patterson & A. R. D’Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 252–266). Oxford University Press.

- Moleiro, C., Pinto, N., Oliveira, J. M. de, & Santos, M. H. (2016). *Violência doméstica: Boas práticas no apoio a vítimas LGBT: Guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. <http://hdl.handle.net/10071/15563>
- Nadal, K. L. (2019). Measuring LGBTQ Microaggressions: The Sexual Orientation Microaggressions Scale (SOMS) and the Gender Identity Microaggressions Scale (GIMS). *Journal of Homosexuality*, 66(10), 1404–1414. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1542206>
- Nadal, K. L., Rivera, D. P., & Corpus, M. J. H. (2010). Sexual orientation and transgender microaggressions. *Microaggressions and Marginality: Manifestation, Dynamics, and Impact*, 217–240.
- National Centre Against Bullying. (n.d.). *Types of Bullying*. <https://www.ncab.org.au/bullying-advice/bullying-for-parents/types-of-bullying/>
- Navarro, R., Larrañaga, E., & Yubero, S. (2016). Gender Identity, Gender-Typed Personality Traits and School Bullying: Victims, Bullies and Bully-Victims. *Child Indicators Research*, 9(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9300-z>
- Neves, S., Allen, P., & Borges, J. (2021). *Observatório Nacional do Bullying - Resultados de 2020*. <https://drive.google.com/file/d/1WfbVoIGY9J8LSFKDtxq7PI1eAp7HtaRl/view?usp=sharing>
- Olweus, D. (1993). *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*. Blackwell Publishing.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (n.d.). *Falar sobre o Bullying*. <https://escolasaudavelmente.pt/pais/comunicar-com-os-filhos/falar-sobre-o-bullying>
- Parent, M. C., Johnson, K. E., Russell, S., & Gobble, T. (2020). Homophobic Bullying and Suicidal Behavior Among US Heterosexual Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(2), 205-208.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.08.473>
- Pattison, R., Puyat, J. H., Giesbrecht, A., Zenone, M., Mathias, S., Barbic, S., & Adams, N. J. (2021). *Examining Mental Health Differences Between Transgender*

- , *Gender Nonconforming , and Cisgender Young People in British Columbia*. 12(September), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.720681>
- Pepler, D. (2014). Bullying, Overview. In T. Teo (Ed.), *Encyclopedia of Critical Psychology* (pp. 188–194). Springer Reference.
- Pepler, D. J. (2006). Bullying Interventions: A Binocular Perspective. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15(1), 16–20.
- Perkins, K., & Wiley, S. (2014). Minorities. In T. Teo (Ed.), *Encyclopedia of Critical Psychology* (pp. 1192–1195). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7\\_188](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_188)
- Perry, J., & Franey, P. (2019). *Policiamento de Crimes de Ódio contra pessoas LGBTI: Formação para uma resposta policial profissional*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Planned Parenthood. (n.d.). *What are gender roles and stereotypes?* <https://www.plannedparenthood.org/learn/gender-identity/sex-gender-identity/what-are-gender-roles-and-stereotypes>
- Poteat, V. P., & Espelage, D. L. (2005). Exploring the relation between bullying and homophobic verbal content: The Homophobic Content Agent Target (HCAT) scale. *Violence and Victims*, 20(5), 513–528. <https://doi.org/10.1891/vivi.2005.20.5.513>
- Ramirez, J. L., & Galupo, M. P. (2019). Multiple minority stress: The role of proximal and distal stress on mental health outcomes among lesbian , gay , and bisexual people of color Multiple minority stress : The role of proximal and distal. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 23(2), 145–167. <https://doi.org/10.1080/19359705.2019.1568946>
- rede ex aequo. (2020). *Relatório do Projeto Educação LGBTI 2019*. <https://www.rea.pt/arquivo/relatorio-pe-2019.pdf>
- Rodrigues, L., Grave, R., de Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2016). Study on homophobic bullying in Portugal using Multiple Correspondence Analysis (MCA) Liliana. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 48(3), 191–200. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.04.001>
- Russell, S. T., Ph, D., Pollitt, A. M., Ph, D., Li, G., Ph, D., Grossman, A. H., & Ph, D. (2018). Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal

- Ideation , and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 63, 503– 505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>
- Seabra, D., Gato, J., Petrocchi, N., & Salvador, M. C. (2021). *Early traumatic shame experiences, mental health, and gender: How are they related?*. Apresentado em International Congress of Health and Well-being Intervention (ICHWBI 2021) <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.32008.34565>
- Teixeira, T., Grave, R., Aires, R., & Pereira, C. G. (2021). *isto não é um glossário: in/definições de géneros e sexualidades*. Gentopia - Associação para a diversidade e Igualdade de Género. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/136001/2/492883.pdf>
- Torino, G. C., Rivera, D. P., Capodilupo, C. M., Nadal, K. L., & Sue, D. W. (2019). Microaggression theory: influence and implications. In *Microaggression Theory*. JohnWiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119466642>
- Tosh, J. (2019). The Body and Consent in Psychology, Psychiatry, and Medicine: A therapeutic rape culture. In *The Body and Consent in Psychology, Psychiatry, and Medicine*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315114484>
- Tsai, C. S., Huang, Y. Te, & Yen, C. F. (2021). Experience of sexual orientation microaggression among young adult lesbian, gay, and bisexual individuals in taiwan: Its related factors and association with mental health problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph182211744>
- Wang, C. C., Lin, H. C., Chen, M. H., Ko, N. Y., Chang, Y. P., Lin, I. M., & Yen, C. F. (2018). Effects of traditional and cyber homophobic bullying in childhood on depression, anxiety, and physical pain in emerging adulthood and the moderating effects of social support among gay and bisexual men in Taiwan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1309–1317. <https://doi.org/10.2147/NDT.S164579>
- Warwick, I., Aggleton, P., & Douglas, N. (2001). Playing it safe: Addressing the emotional and physical health of lesbian and gay pupils in the U.K. *Journal of Adolescence*, 24, 129–140. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0367>
- Wittgens, C., Fischer, M. M., Buspavanich, P., Theobald, S., Schweizer, K., & Trautmann, S.(2022). *Mental health in people with minority sexual orientations: A*

*meta-analysis of population-based studies. August 2021, 1–16.*  
<https://doi.org/10.1111/acps.13405>

Youngminds. (n.d.). *A guide for young people: Bullying.*  
<https://www.youngminds.org.uk/young-person/coping-with-life/bullying>

# Capítulo 11

## **Papel da Pedopsiquiatria em crianças e jovens LGBTI+**

Rui Ferreira Carvalho

**Resumo:**

A Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Pedopsiquiatria) deverá ter a capacidade de compreensão do desenvolvimento numa perspectiva integradora, tendo em conta múltiplas componentes e áreas distintas de conhecimento.

Quando existem alterações nos complexos processos biológicos do desenvolvimento sexual, poderemos estar perante Diversidade do Desenvolvimento Sexual (DSD), ou também designadas como intersexo/intersexualidade. Já a identidade de género diz respeito à forma como a pessoa se vê a si mesma e como se interpreta em termos de género (e que poderá condicionar os diagnósticos de disforia de género ou de não conformidade de género). A expressão de género corresponde à forma como a pessoa se expressa (tendo por base as normas culturais) através da sua forma de agir, vestir, comportar e interagir. A orientação sexual refere-se ao padrão de atração física e emocional em relação ao(s) género(s) dos indivíduos pelos quais se exerce essa atração. A despatologização destas questões tem como objetivo combater o estigma e o preconceito. Por outro lado, a defesa da necessidade de avaliação e de diagnóstico – e acompanhamento clínico, particularmente na infância e adolescência – passa, sobretudo, pela identificação de situações de grande sofrimento e pelo facto de facilitar o acesso aos cuidados de saúde a estas pessoas.

Jovens LGBTI+ são uma população específica no âmbito da saúde sexual, com narrativas e experiências de vida distintas que devem ser abordadas de forma dirigida. Todas as situações em que estejam presentes sintomas psicopatológicos carecem de avaliação e intervenção clínica especializada.

**Papel da Pedopsiquiatria em crianças e jovens LGBTI**

A sexualidade representa uma inegável componente do desenvolvimento humano. No entanto, o desenvolvimento psicosexual na infância e adolescência tem sido uma área pouco explorada e tendencialmente estudada num prisma negativo e de risco (Tolman & McClelland, 2011).

A Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Pedopsiquiatria) deverá ter a capacidade de compreensão do desenvolvimento, nomeadamente do desenvolvimento sexual, numa perspectiva integradora, tendo em conta múltiplas componentes e áreas distintas de conhecimento. Para tal, será necessário refletir acerca das visões biológicas,

psicológicas, sociológicas e culturais; procurando um modelo compreensivo biopsicossociocultural.

Neste capítulo, procuraremos apresentar estas visões contextualizadas de acordo com a progressão histórica das correntes de pensamento e investigação científica publicada, promovendo a avaliação e intervenção culturalmente apropriada e adequada a cada contexto (da investigação à prática).

Para compreender a abordagem em pedopsiquiatria de jovens com diversidade de género e de orientação sexual (LGBTI+), torna-se relevante começar por abordar o desenvolvimento psicosssexual na infância e adolescência.

## **Desenvolvimento psicosssexual**

### **Perspetivas biológicas**

#### *Genética*

Os seres humanos apresentam em cada célula um cariótipo composto por 46 cromossomas, distribuídos em 23 pares de dois, correspondendo a 44 autossomas e 2 alossomas (“cromossomas sexuais”). Este último par, pode corresponder a XX ou XY, em que o gâmeta feminino contém necessariamente um cromossoma X e o gâmeta masculino poderá ter presente um cromossoma X ou um Y. No desenvolvimento fetal precoce, tanto os fetos com cromossomas XX como com XY, apresentam sistemas reprodutivos análogos numa fase indiferenciada do desenvolvimento sexual *in utero*, inclusivamente com a presença de gónadas bipotenciais até por volta das 7 semanas de gestação. A diferenciação gonádica dependerá principalmente da presença ou ausência de um cromossoma Y com a sua *Sex-determining Region (SRY)* – Região determinante do Sexo. Assim, de uma forma simplista, o desenvolvimento sexual fetal é tendencialmente numa direção biologicamente feminilizante, exceto se ocorrer sinalização para uma diferenciação masculinizante (Lee et al., 2016).

Todas as alterações cromossómicas ou mutações que interfiram com a expressão genética alossómica podem originar variações no desenvolvimento sexual.

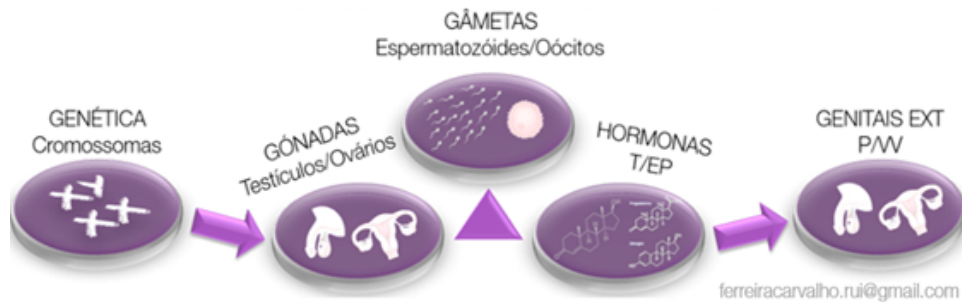


Figura 1 – Determinantes do Sexo Biológico

### *Desenvolvimento gonádico e genital*

Por volta das 5 semanas de gestação inicia-se a formação gonádica de forma ainda indiferenciada. Posteriormente, inicia-se gradualmente o processo de dimorfismo sexual com o desenvolvimento de gónadas bipotenciais até cerca das 7 semanas.

Será a sinalização e produção hormonal que irá promover a formação genital interna e externa sexualmente distinta do ponto de vista biológico, num efeito semelhante a retroalimentação positiva dependente da produção androgénica no sexo biológico masculino (maior diferenciação levará a maior produção hormonal e conseqüente maior diferenciação). Neste caso, a morfogénese genital externa masculina estará completa por volta das 17 semanas de gestação. O desenvolvimento de genitália externa feminina encontra-se então dependente de níveis de androgénios baixos e a separação genital e uretral completa-se com cerca de 12 semanas de gestação (Lee et al., 2016).

### *Desenvolvimento gonádico e genital*

Por volta das 5 semanas de gestação inicia-se a formação gonádica de forma ainda indiferenciada. Posteriormente, inicia-se gradualmente o processo de dimorfismo sexual com o desenvolvimento de gónadas bipotenciais até cerca das 7 semanas.

Será a sinalização e produção hormonal que irá promover a formação genital interna e externa sexualmente distinta do ponto de vista biológico, num efeito semelhante a retroalimentação positiva dependente da produção androgénica no sexo biológico masculino (maior diferenciação levará a maior produção hormonal e conseqüente maior diferenciação). Neste caso, a morfogénese genital externa masculina estará completa por volta das 17 semanas de gestação. O desenvolvimento de genitália externa feminina

encontra-se então dependente de níveis de androgénios baixos e a separação genital e uretral completa-se com cerca de 12 semanas de gestação (Lee et al., 2016).

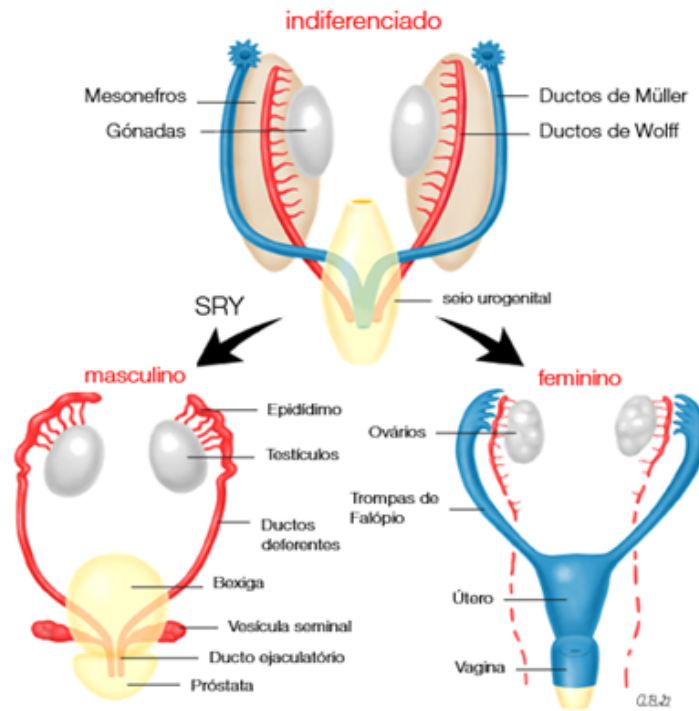


Figura 2 – Desenvolvimento das gónadas e dos órgãos genitais internos fetais

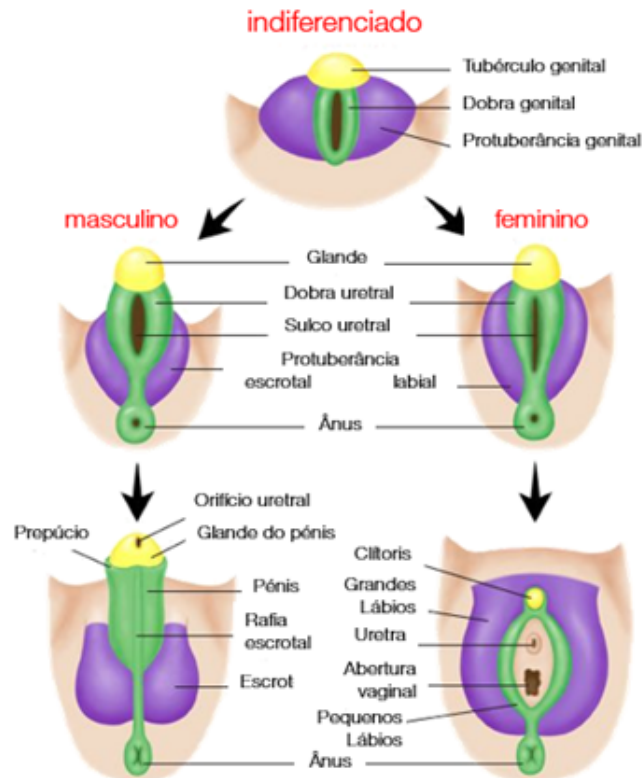


Figura 3 – Desenvolvimento dos genitais externos fetais

Após o nascimento e até à puberdade, existe muito pouca variação no tamanho e peso das gónadas em qualquer um dos sexos biológicos. Na adolescência, ocorrerá um marcado desenvolvimento gonádico e de características sexuais secundárias, passíveis de serem enquadradas nos Estádios de Tanner para o sexo masculino e feminino; abordados na secção seguinte.

### *Desenvolvimento hormonal e das características sexuais secundárias*

As hormonas ditas sexuais (do ponto de vista biológico) têm origem num processo complexo da esteroidogénese, em que a produção de androgénios (hormonas “masculinizantes”, como a testosterona e di-hidro-testosterona) e estrogénios (hormonas “feminilizantes”) parte de precursores comuns e depende de reações enzimáticas sequenciais, sendo possível o desvio de produção hormonal predominante para uma via ou outra. Será o balanço entre os androgénios e os estrogénios que influenciará o desenvolvimento de caracteres sexuais.

Antes da puberdade, há muito poucas diferenças na produção nestas hormonas sexuais. Em indivíduos do sexo masculino e feminino ocorre produção de pequenas doses de androgénios e estrogénios na infância.

Um evento endocrinológico relevante no desenvolvimento sexual é a adrenergia: a maturação das glândulas suprarrenais/adrenais. Por volta dos 8-10 anos, aumenta a produção de androgénios de origem suprarrenal, tendo posteriormente um aumento maior na adolescência (mais marcado em pessoas do sexo masculino).

A produção hormonal gonádica será estimulada na puberdade pela secreção de gonadotrofinas (GH/LH) pela adenohipófise (porção anterior da hipófise), dependente por sua vez da GnRH hipotalâmica.

No sexo masculino, o primeiro sinal pubertário é normalmente a aceleração do crescimento testicular e escrotal, acompanhado por gradual surgimento e crescimento de pelos púbicos num extenso período de cerca de 4-5 anos e eventual primeira emissão espermática. A principal hormona responsável pelos caracteres sexuais masculinos é a dihidrotestosterona (DHT), convertida a partir de testosterona pela 5-alfa-redutase.

No sexo feminino, a puberdade inicia-se tendencialmente mais cedo (2 anos antes) e prolonga-se por um período mais curto de cerca de 3-4 anos (Carroll, 2019).

Estas mudanças biofisiológicas permitirão atingir o estadio de completa maturação sexual e reprodutiva (Rutter, 1970).

A maturação mais precoce ou mais tardia tem implicações importantes no desenvolvimento psicossocial da adolescência, nomeadamente na autoestima, autoconceito e imagem corporal, relações sociais, processos de tomada de decisões e eventualmente risco: de infeções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, por exemplo (James et al., 2012).

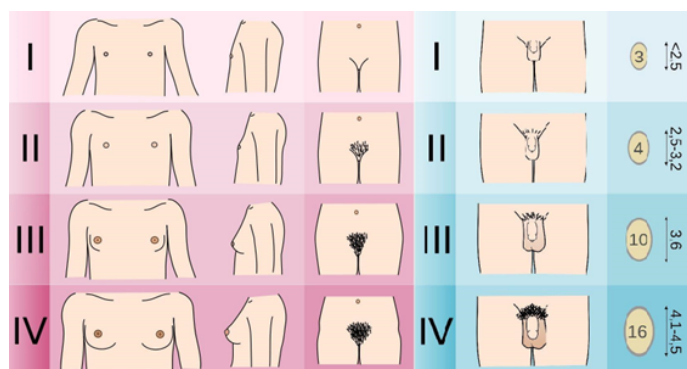


Figura 4 – Estádios de Tanner para o sexo feminino e masculino (Carroll, 2019)

## Perspetivas psicológicas

### *Visão psicodinâmica*

Antes do surgimento da psicanálise, com Sigmund Freud, considerava-se que a sexualidade surgia de forma mais ou menos espontânea com o despoletar da adolescência. Assim, torna-se incontornável uma breve abordagem das visões psicanalíticas relativas ao desenvolvimento psicossocial e à sexualidade na infância e adolescência, embora seja necessário contextualizar estas visões psicodinâmicas à luz da época e período histórico. Atualmente, esta teoria é contestada e suscetível de múltiplas críticas científicas, feministas, antropológicas e sociais (Drescher, 2008).

Na perspetiva freudiana, a libido (energias psicossociais), de forma instintiva, seria um elemento fundamental da experiência humana, começando pelo menos com o nascimento e possivelmente mesmo antes disso (Rutter, 1970; Simon et al., 1969).

Abaixo, na tabela 1, encontram-se sintetizadas as etapas do desenvolvimento psicossocial de acordo com Freud e a sua teoria psicanalítica das pulsões sexuais.

Tabela 1

*Esquematisação das fases de Desenvolvimento Psicosexual, segundo Freud.*

<b>Fase/Estadio</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Foco gratificante</b>	<b>Resumo</b>
<b>Oral</b>	Nascimento – 1 ano	Lábios e cavidade oral	Gratificação sexual com alimentação (amamentação)
<b>Anal</b>	1 – 3 anos	Região anal e mucosa retal	Treino com controlo esfinteriano
<b>Fálica</b>	3 – 6 anos	Região genital	Exploração genital; 4-5 anos: Complexo de Édipo
<b>Latência</b>	6 – Puberdade	Atividades externas	Pulsões latentes
<b>Genital</b>	Puberdade – morte	Genitália	Maturação psicosexual

### *Visão cognitivo-comportamental*

A capacidade cognitiva de compreender e integrar as diversas componentes do desenvolvimento sexual vai também ela maturando ao longo da infância e adolescência. A estruturação de um conjunto de crenças pessoais acerca do próprio e em relação com o outro e a sociedade, o surgimento de estruturas de controlo pessoais que refletem padrões morais pessoais e a autoestima são exemplos de questões cognitivas relevantes para a sexualidade. Todos estes fatores irão necessariamente influenciar o comportamento. As teorias de aprendizagem social (nomeadamente de Bandura) defendem que a aprendizagem do papel sexual se assemelha à aprendizagem de qualquer outro papel social, através de mecanismos de reforço de comportamentos socialmente aceites e punição de todos os outros (Bussey & Bandura, 1999). Para além de recompensas e punições, as teorias de aprendizagem defendem que a observação e imitação têm um papel crucial no desenvolvimento das características psicosexuais (Tolman & McClelland, 2011).

### **Perspetivas sociológicas e culturais**

Uma das bases da psicologia social é que o desenvolvimento pessoal, e neste caso o psicosexual, é condicionado pelas redes de relacionamentos sociais. As relações principais e divergentes na adolescência serão as parentais e as de pares.

A conceptualização da sexualidade na adolescência como algo normativo e positivo tem contrariado a visão previamente predominante de risco, que modelou muita da investigação na sexologia relacionada com esta faixa etária. Apesar de ser crucial a

compreensão dos perigos relacionados com a sexualidade em todas as faixas etárias, a prevenção primária de problemas da sexualidade na adolescência é particularmente importante.

É essencial questionar o que constitui um comportamento sexual. A maioria da investigação nesta faixa etária foca-se em atividade penetrativa intravaginal num contexto heterossexual, pelo que as limitações de transposição para a população em geral, com uma multiplicidade de práticas sexuais e constelações relacionais, torna-se evidente.

Apesar desta questão relevante, a visão com que se olha para a sexualidade é necessariamente moldada pela perspectiva cultural vigente. As relações sexuais, sua prática, maior ou menor frequência, com que parceiros e que número, o foco no prazer ou reprodução, a masturbação, a aceitação pelo grupo de pares ou pais, entre outros fatores, variam de acordo com a cultura e a época histórica; e de acordo com os papéis de género. Assim, apresenta-se uma “sexualidade autorizada”, estabelecida de acordo com as normas em que determinado indivíduo se insere. O próprio conceito de virgindade e idade em que é aceite a prática de atividade sexual é claramente dependente de cultura, sendo variável em estudos antropológicos (DeLamater & Friedrich, 2002; Robinson & Davies, 2019; Tolman & McClelland, 2011).

### **Intersexualidade ou Diversidade do Desenvolvimento Sexual (DSD)**

Quando existem alterações nos processos biológicos discutidos previamente, falamos em Diversidade do Desenvolvimento Sexual (condições medicamente classificadas como Perturbações do Desenvolvimento Sexual/*Disorders of Sexual Development* – DSD) e também denominadas de intersexo/intersexualidade. Estas situações foram historicamente conhecidas como situações de hermafroditismo e pseudohermafroditismo, conceitos considerados estigmatizantes e cuja utilização é desaconselhada atualmente.

Nestes casos, o sexo biológico é de alguma forma diferente do normativo e expectável, sendo que o decorrer do processo de “masculinização” ou “feminilização” dos órgãos genitais internos e externos (representados nas Figuras 2 e 3) pode ser interrompido, eventualmente, mas não necessariamente, dando origem a situações de maior ou menor grau de ambiguidade genital (Kreukels et al., 2019; Lee et al., 2016).

Todas as situações que interfiram no campo cromossómico sexual (alossomas), na componente endócrina ou na formação da genitália externa, podem ser causas de Diversidade de Desenvolvimento Sexual e de ambiguidade genital, simplificados na tabela 2. Muitas das vezes, ocorrem situações de DSD sem que haja necessariamente evidente alteração macroscópica da genitália externa (Lee et al., 2016; Tishelman et al., 2017). De acordo com a Lei n.º 38/2018, “salvo em situações de comprovado risco para a sua saúde, os tratamentos e as intervenções cirúrgicas, farmacológicas ou de outra natureza que impliquem modificações ao nível do corpo e das características sexuais da pessoa menor intersexo não devem ser realizados até ao momento em que se manifeste a sua identidade de género”.

Tabela 2

Classificação das diferentes causas de Diversidade de Desenvolvimento Sexual (adaptado de Lee et al. 2006)

<b>DSD relacionadas com os Cromossomas Sexuais (alossomas)</b>	<b>DSD com 46 XY</b>	<b>DSD com 46 XX</b>
45 X (Síndrome de Turner e variantes)	Perturbações do desenvolvimento gonádico testicular: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disgenésia gonádica completa (Síndrome de Swyer)</li> <li>2. Disgenésia gonádica parcial</li> <li>3. Regressão gonádica</li> <li>4. DSD ovotesticular</li> </ol>	Perturbações do desenvolvimento gonádico ovárico: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. DSD ovotesticular</li> <li>2. DSD testicular (pex, SRY+, duplicação SOX9)</li> <li>3. Disgenésia gonádica</li> </ol>
47 XXY (Síndrome de Klinefelter e variantes)	Perturbações na síntese de androgénios ou sua acção: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Defeitos na biossíntese de androgénios (pex, défice de 17-beta-hidroxiesteróide desidrogenase, défice de 5<math>\alpha</math> reductase, mutações StAR)</li> <li>2. Defeitos nas acções dos androgénios (pex, CAIS, PAIS)</li> <li>3. Defeitos nos receptores de LH (pex, aplasia/hipoplasia das células de Leydig)</li> <li>4. Perturbações do receptor da hormona anti-Mulleriana</li> </ol>	Excesso de androgénios: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fetal (pex, défice de 21-hidroxilase, défice de 11-<math>\beta</math> hidroxilase – causa de Hiperplasia Congénita da Suprarrenal)</li> <li>2. Feto-placentária (défice de aromatase, POR - P450 oxidoreductase)</li> <li>3. Materna (luteoma, exógena, etc.)</li> </ol>

(Síndrome do ducto Mulleriano persistente)	
45 X / 46 XY (Disgenésia gonádica mista e DSD ovotesticular)	Outras (pex, extrofia cloacal, atresia vaginal, MURCS - anomalias dos sómitos Mullerianos, renais, cervicotorácicos – e outros síndromes.
46 XX / 46 XY (DSD ovotesticular quimérica)	

### Identidade de Género

A identidade de género diz respeito à forma como a pessoa se vê a si mesma e como se interpreta em termos de género, isto é, como a pessoa intrinsecamente se sente como pertencendo ao género masculino, feminino ou a um género distinto. A expressão de género corresponde à forma como a pessoa se expressa (tendo por base as normas culturais) através da sua forma de agir, vestir, comportar e interagir. O sexo biológico refere-se a dados objetivos que determinam o sexo biológico, nomeadamente os cromossomas sexuais, a componente gonádica, a produção de hormonas sexuais e os órgãos sexuais externos e internos (já abordados previamente).

#### *Desenvolvimento da identidade de género*

O desenvolvimento da identidade de género tem sido matéria de estudo e de debate desde o início do século passado (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012).

Antes da década de 1950, predominava a teoria do Desenvolvimento da Personalidade psicanalista de Freud, em que se defendia que a variabilidade da identidade de género se deveria a experiências psicosexuais anómalas na infância, na fase fálica (entre os 3 e os 6 anos).

Nos anos 50, John Money propôs que a identidade de género nuclear seria maleável e mutável de acordo com os ensinamentos sociais, crendo que se poderia influenciar o género de uma criança pela educação; o que se provou ser profundamente incorreto.

Nos anos 60, Kohlberg propôs que as crianças desenvolvem a sua identidade de género apenas após serem cognitivamente capazes de identificar que o género existe

enquanto conceito abstrato e intrínseco, bem como as suas consequências duradouras ao longo da vida: relacionado com a constância, estabilidade e consistência do género, na sua teoria. A psicologia cognitiva reforçou esta linha teórica ao introduzir o conceito de esquema de género no início da década de 80, argumentando que as crianças desenvolvem uma rede de informação cognitiva relacionada com o género que modula e influencia os seus comportamentos, guiados por papéis e estereótipos de género, e reforçados por mecanismos de recompensa e punição.

Com o surgimento de estudos de neuroimagem e de investigação genética, tendemos a aproximar-nos de uma perspectiva biopsicossocial do género, considerando as influências biológicas, psicológicas e sociais. Como contributos biológicos, postulam-se como preponderantes no desenvolvimento da identidade de género: os processos de diferenciação cerebral, a influência pré e perinatal de hormonas sexuais e gonadotróficas, e a existência de núcleos dimórficos a nível do hipotálamo, como o núcleo pré-óptico medial hipotalâmico. Psicologicamente, poderão ser relevantes, para além das questões previamente discutidas, a vinculação e as competências parentais, a ansiedade de separação, as situações traumáticas na infância precoce, o reforço positivo de comportamentos de conformidade de género, e perturbações psicológicas ou psiquiátricas nos pais. Socialmente, é inegável a preponderância da rigidez do binómio masculino-feminino imposto pela maioria das culturas, dos estereótipos de género acompanhantes e do reforço positivo de comportamentos cisnormativos, que favoreçam a adequação da expressão de género ao sexo biológico correspondente (Steensma et al., 2013).

#### *Não conformidade e disforia de género*

É importante distinguir o conceito de não conformidade de género e o de disforia de género. O primeiro refere-se às situações em que a expressão de género difere das normas culturais prescritas (papel de género) para pessoas de um determinado sexo. O segundo refere-se ao desconforto ou mal-estar psicológico causado pela discrepância entre a identidade de género (e papel de género associado) de uma pessoa e o sexo a ela atribuído no momento do nascimento (e respetivas características sexuais primárias e secundárias) e papel de género socialmente expectável em relação com esse sexo. Apenas algumas pessoas com não conformidade de género experienciam disforia de género em algum momento das suas vidas (Drescher et al., 2012; Zucker et al., 2013). É possível

que as crianças e adolescentes com diversidade de género se identifiquem com um género distinto do que lhes foi atribuído à nascença (em provável relação com o seu sexo biológico) ou se identifiquem como pessoas não-binárias ou agénero (Frew et al., 2021). Assim, quando nos questionamos sobre a “etiologia” da disforia de género, é necessário ter presente que não existe até ao momento uma resposta definitiva e que esta é uma situação provavelmente de origem multifatorial, atualmente enquadrada numa visão biopsicossocial. Apesar de se manter o debate acerca da caracterização da disforia de género como condição psiquiátrica ou variante do normal, salienta-se que a perspetiva preconizada pela World Professional Association for Transgender Health (WPATH) é a de despatologização e de desestigmatização; sendo hoje em dia defendido pela maioria dos investigadores de que não existe fundamento patológico (psiquiátrico ou outro) para uma identidade de género não congruente com o sexo biológico (World Professional Association for Transgender Health, 2012). A própria WPATH emitiu uma declaração em 2017 (a *WPATH Identity Recognition Statement*) promovendo a livre expressão identitária e remoção das dificuldades e barreiras que impeçam o acesso ao reconhecimento legal de género, nomeadamente os diagnósticos médicos. Em Portugal, desde 2018, e para maiores de 16 anos (com consentimento dos seus representantes legais), é possível proceder a alteração da menção do sexo no registo civil (Lei n.º 38/2018) sem um diagnóstico formal de disforia de género.

De acordo com a mais recente versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-5, 2013), existem critérios de diagnóstico distintos para a disforia de género consoante estejamos na presença de um adolescente/adulto ou de uma criança. Na edição revista DSM-5 TR (2022), os critérios atuais irão manter-se, mas será adaptada a linguagem, de forma a abranger termos mais neutros e menos patologizantes. Os critérios em vigor no momento da redação deste capítulo são os que se apresentam de seguida:

Tabela 3

*Critérios de diagnóstico para a disforia de género em crianças de acordo com o DSM-5 (2013).*

**DISFORIA DE GÉNERO NAS CRIANÇAS**

**A** - Uma marcada incongruência entre o género experienciado/expresso e o género atribuído, com uma duração de pelo menos 6 meses, manifestada por pelo menos 6 dos seguintes (um dos quais tem de ser o critério A1):

1 – Um forte desejo de ser do outro género ou uma insistência de que se é do outro género (ou de algum género alternativo diferente do género atribuído);

2 – Nos rapazes (género atribuído), uma forte preferência por travestir-se ou por simular o vestuário feminino; nas raparigas (género atribuído), uma forte preferência em vestir apenas roupa tipicamente masculina e uma forte resistência a vestir roupa tipicamente feminina;

3 – Uma forte preferência pelos papéis de género cruzado em jogos de faz-de-conta ou de fantasia;

4 – Uma forte preferência pelos brinquedos, jogos ou atividades com que estereotipicamente se ocupa o outro género;

5 – Uma forte preferência por companheiros do mesmo género; nas raparigas (género atribuído), uma forte rejeição dos brinquedos, jogos e atividades tipicamente masculinos e um forte evitamento de brincadeiras turbulentas; ou nas raparigas (género atribuído), uma forte rejeição dos brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininos;

7 – Uma forte aversão à sua anatomia sexual;

8 – Um forte desejo que as características sexuais primárias e/ou secundárias correspondam aos do género esperado;

**B** – A condição associa-se a mal-estar clinicamente significativo ou défice social, escolar ou noutras áreas importantes do funcionamento

Tabela 4

*Critérios de diagnóstico para a disforia de género em adolescentes e adultos de acordo com o DSM-5 (2013).*

<p><b>Disforia de Género em Adolescentes e Adultos</b></p> <p><b>A</b> – Uma marcada incongruência entre o género experienciado/expresso e o género atribuído, com uma duração de pelo menos 6 meses, manifestada por pelo menos 2 dos seguintes:</p> <p>1 – Uma marcada incongruência entre o género experienciado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em jovens adolescentes, as características sexuais secundárias esperadas);</p> <p>2 – Um forte desejo de se libertar das suas características sexuais primárias e/ou secundárias devido a uma marcada incongruência entre o género experienciado/expresso e o género atribuído (ou, em jovens adolescentes, a um desejo de prevenir o desenvolvimento de características sexuais secundárias esperadas);</p> <p>3 – Um forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro género;</p> <p>4 – Um forte desejo de ser do outro género (ou de algum género alternativo diferente do género atribuído);</p> <p>5 – Um forte desejo de ser tratado como se fosse do outro género (ou de algum género alternativo diferente do género atribuído);</p> <p>6 – Uma forte convicção de que tem os sentimentos e reações típicos do outro género (ou de algum género alternativo diferente do género atribuído);</p> <p><b>B</b> – A condição associa-se a mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento</p>
---

O diagnóstico formal de disforia de género baseia-se essencialmente no cumprimento dos critérios clínicos supracitados que podem ser avaliados através da recolha de uma história clínica cuidada, abordando toda a história de vida da pessoa, com enfoque especial na história psicosexual, junto da mesma e com auxílio de familiares, se esta o permitir.

A mais recente edição da Classificação Internacional de Doenças (CID)-11, em elaboração, tendo em conta o estigma associado à interseção entre a vivência trans e a doença mental, e o impacto negativo que essa associação possa ter a nível social e no acesso a cuidados de saúde apropriados, irá apresentar esta temática de forma diferente. Defende-se a manutenção de diagnósticos associados ao género com o objetivo de preservar o acesso aos cuidados, mas movendo estas categorias para fora do capítulo das perturbações mentais e comportamentais. Os diagnósticos serão renomeados para “incongruência de género na criança” no caso das crianças pré-púberes e “incongruência de género na adolescência e idade adulta” e serão incluídos num novo capítulo proposto com o título “Condições Relacionadas com a Saúde Sexual”. Apesar da controvérsia em manter o diagnóstico nas fases pré-púberes, atendendo ao facto de o mesmo poder ser potencialmente prejudicial para a criança, o grupo de trabalho da CID-11 tem defendido a sua manutenção com o objetivo de preservar o acesso aos cuidados de saúde relacionados com a área. Simultaneamente, permite alertar os profissionais de saúde que a identidade transgénero na criança não necessariamente se desenvolve para uma situação transgénero em adulto (Beek et al., 2016; Drescher, 2014; Drescher et al., 2016; Reed et al., 2016; World Health Organization (WHO), 2011).

A despatologização tem como objetivo combater o estigma e o preconceito. Por outro lado, a defesa da necessidade do diagnóstico – e acompanhamento clínico, nomeadamente em pedopsiquiatria – passa, sobretudo, pela identificação de situações de grande sofrimento e pelo facto de facilitar o acesso aos cuidados de saúde a estas pessoas, inclusivamente para comorbilidades psicopatológicas (Dhejne et al., 2016).

Embora a prevalência de disforia de género, enquanto entidade diagnóstica, seja categorizada no DSM-5 enquanto relativamente rara ou incomum, tem havido um aumento de casuística, com maior número de referências de casos a clínicas e profissionais especializados em género nas últimas décadas, bem como uma diminuição da idade média à primeira referenciação (Fuss et al., 2015; Kaltiala et al., 2020). Estudos recentes apontam para uma prevalência autoreportada de 0,5 a 1,3%; prevalência mais elevada do que a de adultos com diagnóstico formal referenciados a clínicas especializadas (Zucker, 2017).

É imprevisível a trajetória da não conformidade de género na infância. No entanto, é necessário ter em conta que a disforia de género na infância aparenta estar mais

fortemente associada a uma orientação sexual não-heterossexual do que à persistência de disforia de género em adulto. Num conjunto de 10 estudos prospetivos, a maioria das crianças (cerca de 85% - 270 em 317 crianças seguidas) viram os seus sentimentos disfóricos remitir durante ou após a puberdade (Ristori & Steensma, 2016). Ainda assim, este valor de não-persistência pode ser bastante superior ao real, devido à heterogeneidade de crianças incluídas nesses 10 estudos, 7 dos quais realizados entre 1968 e 1987, não recorrendo a critérios atualizados para diagnóstico de disforia de género.

### *Abordagem Terapêutica (em Pedopsiquiatria)*

Historicamente, temos vindo a assistir a uma mudança do paradigma da abordagem em cuidados de saúde perante pessoas com disforia de género. (Turban, 2017) No que diz respeito à abordagem em idade pediátrica da não conformidade de género ou da disforia de género, assistimos a, pelo menos, 3 modelos de abordagem distintos: “Terapia reparativa”, “Espera vigilante” e “Terapia afirmativa de género”.

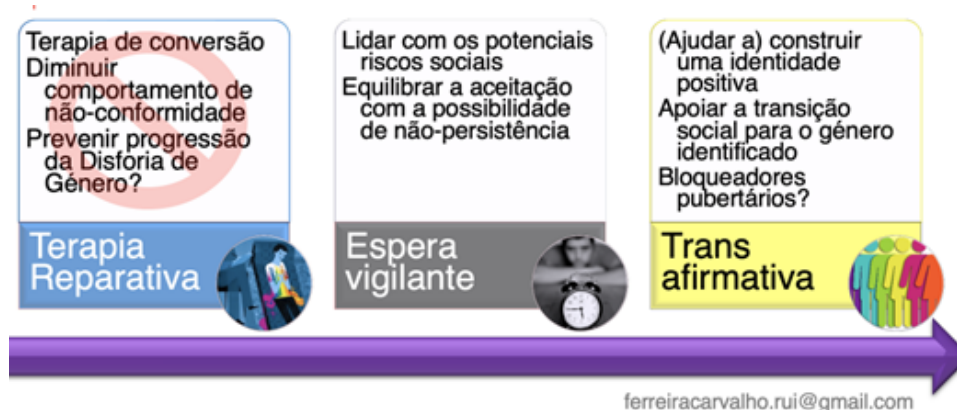


Figura 5 – Abordagens da disforia de género na infância e adolescência

O primeiro modelo de abordagem de “Terapias Reparativas”, equivalente a terapias de conversão, é atualmente considerado eticamente reprovável, tendo impactos deletérios na saúde mental dos jovens LGBTI+. Consistia em procurar diminuir comportamentos que transgrediam as barreiras estereotípicas de género, por exemplo, com punição (Lancet, 2016).

A “Espera vigilante” implica uma perceção de que a não conformidade de género ou a disforia de género na infância pode não persistir até à idade adulta e procura balançar

os potenciais riscos sociais (por exemplo, *bullying*) com a aceitação da expressão de género da criança. Algumas clínicas discordam de intervenções médicas antes da idade adulta, focando-se em acompanhamentos terapêuticos das crianças/adolescentes e das suas famílias (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). Quando os prestadores de cuidados de saúde enveredam por uma abordagem terapêutica mais “Afirmativa da identidade de género” da criança ou adolescente, podem ajudar ativamente na transição social e eventualmente possibilitar o acesso a bloqueadores pubertários - uma intervenção hormonal (Gridley et al., 2016).

De acordo com as mais recentes normas da WPATH, existe uma variedade de opções que podem ser consideradas para as pessoas que procuram atendimento médico para disforia de género, tais como terapia hormonal para feminizar ou masculinizar caracteres sexuais secundários, cirurgias dirigidas tanto às características sexuais primárias como secundárias, e psicoterapia. Também se sugerem outros apoios/medidas complementares para a mudança na expressão de género como técnicas depilatórias, utilização de faixas peitorais compressoras ou de enchimento do peito, utilização de próteses penianas ou para ocultação genital, terapia de voz e comunicação para melhorar a adequação de características de influência biológica com a sua identidade de género; para além da mudança do nome e do género em documentos de identificação. Também se recomenda que as pessoas (e famílias) possam recorrer a organizações e recursos para apoio entre pares e para as suas famílias e amigos, incentivando a partilha de experiências e desafios.

O tratamento da disforia de género é individualizado. Enquanto que algumas pessoas necessitam do esforço coordenado de várias estratégias terapêuticas (inclusivamente hormonais e cirúrgicas), outras procuram e beneficiam exclusivamente de apoio na transição social e adequação no papel e expressão de género, com impacto no alívio da disforia de género, se presente (Olson et al., 2011).

As pessoas com diversidade ou disforia de género podem experienciar problemas de saúde mental com o potencial de dificultar o processo de exploração da identidade de género. Estas frequentemente sofrem experiências de estigmatização, discriminação e violência, que têm um impacto fortemente negativo no bem-estar psicológico destes indivíduos. Continuamente as pessoas trans ou com não conformidade de género sofrem não apenas agressões claras ou óbvias por parte da sociedade, como também

“microagressões” verbais, comportamentais ou ambientais (que podem ou não ser intencionais), promotores de invisibilidade, que podem comunicar hostilidade ou apreciação negativa por parte de quem os rodeia. A sua ocorrência de forma continuada ao longo da vida podem ter efeitos devastadores sobre as vítimas dos mesmos, reforçando a teoria do stress minoritário no desenvolvimento de psicopatologia nesta população (Hatzenbuehler et al., 2014; Meyer, 2003). Numa visão interseccional, importa ter em consideração que a convergência de identidades minoritárias poderá ter um impacto cumulativo e sinérgico nas vivências discriminatórias, como é o caso de pessoas racializadas e LGBTI+ (Cerezo et al., 2020; Murphy & Hardaway, 2017; Sutter & Perrin, 2016).

De acordo com as normas da WPATH, faz parte da abordagem terapêutica das pessoas com disforia de género o acompanhamento terapêutico (World Professional Association for Transgender Health, 2012). Este poderá ser aplicado em várias modalidades, nomeadamente individual, de casal, familiar ou em grupo. O objetivo é o de explorar a identidade, o papel e a expressão de género, abordar o impacto negativo da disforia de género, aliviar a transfobia internalizada, assim como aumentar o apoio social e entre pares, melhorar a imagem corporal e promover estratégias de resiliência. Desta forma podem encontrar-se formas de maximizar o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e a autorrealização da pessoa nas várias vertentes (Wylie et al., 2016).

A presença de problemas de saúde mental concomitantes não exclui o acesso a abordagens médicas ou cirúrgicas para mudança de características biológicas relacionadas com a expressão de género, a menos que estas comprometam a capacidade da própria pessoa para dar o seu consentimento informado. No entanto, todas estas questões devem ser devidamente endereçadas antes ou concomitantemente com a abordagem da disforia de género (Frew et al., 2021).

### **Orientação Sexual**

A orientação sexual refere-se ao padrão de atração física e emocional (incluindo fantasias, atividades e comportamento sexual) e ao género dos indivíduos pelos quais se exerce essa atração. O comportamento sexual não é um preditor sensível nem específico da orientação sexual ou da identidade de género dos adolescentes, sendo que muitos adolescentes (e adultos) se identificam como lésbicas, gays ou bissexuais sem ter tido

experiências com pessoas do mesmo sexo, assim como muitos que as tiveram se identificam heterossexuais. Isto é particularmente relevante durante a adolescência, onde a experimentação e a descoberta fazem parte do desenvolvimento saudável, contribuindo para uma fluidez significativa na formação da identidade sexual entre os adolescentes (Rosario et al., 2011).

Kinsey demonstrou que a maioria dos indivíduos tinha um padrão de comportamento sexual que se situava algures entre o totalmente heterossexual e o totalmente homossexual, sugerindo uma visão da orientação sexual (extrapolada a partir do comportamento) como um espectro contínuo. Ao longo do século XX, houve uma gradual redefinição dos papéis de género que acarretou uma maior abertura a práticas sexuais fora de uma perspectiva estritamente procriativa. Devido ao trabalho destas organizações, o século XXI tem sido pautado por um aumento do reconhecimento de direitos para os casais do mesmo sexo, com a legalização do casamento num crescente número de países.

A sigla LGB, usada como referência à comunidade Lésbica, Gay e Bissexual é usada desde os anos 80 do século XX nos países de influência anglo-saxónica. Posteriormente, adicionou-se o T como uma menção à comunidade transgénero, apesar de, ao contrário das outras três letras, não se tratar de uma questão de orientação sexual, mas sim de identidade de género. Hoje em dia, esta sigla é usada de um modo generalizado para abranger qualquer indivíduo não-heterossexual ou não-cisgénero. Tem havido uma tendência crescente de adicionar outras letras, marcando a presença de outros grupos particulares, como I de intersexo ou Q de *questioning* ou *queer*, resultando em como LGBTQI. Por vezes, um + é acrescentado no fim, de forma que possa incluir toda a pluralidade de vivências não cisheteronormativas.

### *Homofobia, bifobia e discriminação*

O termo homofobia compreende um conjunto de atitudes negativas para com pessoas que se identificam como LGBTI+ e manifesta-se sob a forma de discriminação, comportamentos de hostilidade e, muitas vezes, de violência contra pessoas com orientações não-heterossexuais. A homofobia institucionalizada é talvez uma das formas que mais ameaça os direitos de cidadãos LGBTI+ pelo seu espectro de influência, incluindo-se aqui a de raiz religiosa ou estatal. A bifobia merece um destaque particular

por poder adicionalmente provir do interior da comunidade gay, lésbica e trans, o que poderá promover um ainda maior isolamento destas pessoas (Meyer, 2003).

### **Pedopsiquiatria e População LGBTI+**

A colaboração e articulação próxima entre pedopsiquiatras, pediatras, cuidados de saúde primários, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde ou técnicos é um elemento-chave para providenciar cuidados de saúde de qualidade aos jovens LGBTI+, que respondam às suas necessidades específicas (Lothwell et al., 2020). Nestes contextos, poderá ser relevante existir uma figura de gestor de caso, que possa coordenar e centralizar as articulações.

É frequente adolescentes com disforia de género apresentarem também perturbações internalizantes, tais como ansiedade e depressão, e perturbações externalizantes como perturbação de oposição e desafio (eventualmente reativas à situação sociofamiliar em causa). Podem também estar presentes Perturbações do Comportamento Alimentar, Perturbações de Stress Pós-Traumático, ideação suicida e comportamentos autolesivos (Frew et al., 2021).

A avaliação de pessoas com não conformidade de género em pedopsiquiatria reveste-se ainda de particular relevância, pois aparenta haver na população pediátrica referenciada a clínicas de género um aumento da prevalência de Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), em comparação com a população da infância e adolescência em geral (Jacobs et al., 2014; Pasterski et al., 2014; Shumer et al., 2016).

Embora pouco frequente, em contexto clínico, é importante fazer o diagnóstico diferencial entre sinais de disforia de género e ideação delirante – as perturbações psicóticas são das comorbilidades psiquiátricas menos frequentes em crianças e adolescentes com disforia ou não conformidade de género (Frew et al., 2021).

Como já mencionado, uma questão para a qual os clínicos de saúde mental devem estar atentos na população LGBTI+ diz respeito à maior prevalência de ideação suicida e comportamentos autolesivos, pelo que se torna necessária uma avaliação cuidada do risco suicidário. Jovens pertencentes a minorias sexuais apresentam 2 a 3 vezes mais ideação e tentativas de suicídio do que os seus pares heterossexuais (Marshall et al., 2011).

É de salientar que estudantes LGBTI+ em escolas com ambiente mais aceitante e positivo apresentam menores taxas de sintomatologia suicidária e sintomas depressivos,

em comparação com ambientes escolares mais hostis (Ancheta et al., 2021), o que poderá justificar intervenções psicopedagógicas em meio escolar.

A aceitação familiar também tem vindo a ser demonstrada como um fator protetor contra a depressão, ideação suicida e tentativas de suicídio, bem como de uso de substâncias psicoativas na juventude LGBTI+ (Ryan et al., 2010); reforçando o impacto da parentalidade na saúde mental; uma área de intervenção da pedopsiquiatria. Por outro lado, piores resultados em saúde mental (depressão, ideação suicida e tentativas de suicídio) e sociais (menor grau de conclusão académica, menores salários) são encontrados em jovens que foram enviados a “terapeutas” e líderes religiosos para intervenções de conversão, ou em jovens cujos pais ou cuidadores procuraram modificar a sua orientação sexual durante a adolescência (Ryan et al., 2020). Jovens trans e com diversidade de género e as suas famílias poderão enfrentar stressores adicionais em relação com as tomadas de decisão acerca de intervenções sociais e médico-cirúrgicas específicas na afirmação de género (Diamond & Shpigel, 2014; O’Brien et al., 2016).

A aceitação social e ausência de discriminação baseada no género, na identidade de género e na orientação sexual poderá levar à diminuição da taxa de suicídio e de perturbações psiquiátricas nesta população (Sutter & Perrin, 2016; White Hughto et al., 2015). Se os sintomas psicopatológicos forem marcados, persistentes e causarem sofrimento clinicamente significativo, poderão ter indicação para intervenção psicofarmacológica dirigida.

### **Considerações finais**

Jovens LGBTI+ são então uma população específica no âmbito da saúde sexual e saúde mental, com narrativas e experiências de vida distintas que devem ser abordadas de forma particular. Todas as situações em que estejam presentes tristeza ou irritabilidade marcada, alterações do apetite (ou do comportamento alimentar) ou do sono, isolamento social, comportamentos auto-lesivos ou verbalizações de ideias de morte ou até mesmo de suicídio (incluindo tentativas) carecem de avaliação e intervenção clínica em saúde mental especializada (nomeadamente, em pedopsiquiatria).

As questões de género da infância e adolescência, com ou sem disforia, devem ser encaminhadas para centros com experiência nas abordagens afirmativas (com facilidade de articulação com equipas pediátricas e de transição para a idade adulta), permitindo

uma avaliação sistemática e sistêmica, a realização de psicoeducação e intervenção com a família, a escola e com outros contextos sociais.

Recomenda-se ainda que todas as intervenções terapêuticas no âmbito do desenvolvimento psicosssexual sejam realizadas em contexto de equipa multidisciplinar, contando com elementos com formação em sexologia clínica e/ou terapia sexual.

## Referências

- Ancheta, A. J., Bruzzese, J. M., & Hughes, T. L. (2021). The Impact of Positive School Climate on Suicidality and Mental Health Among LGBTQ Adolescents: A Systematic Review. *Journal of School Nursing, 37*(2), 75–86. <https://doi.org/10.1177/1059840520970847>
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 5–12. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293>
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory of Gender Development and Differentiation. *Psychological Review, 106*(4), 676–713.
- Carroll, T. O. (2019). Sharon Lamb & Jen Gilbert (Eds.): The Cambridge Handbook of Sexual Development: Childhood and Adolescence. *Sexuality & Culture, 0123456789*. <https://doi.org/10.1007/s12119-019-09677-5>
- Cerezo, A., Cummings, M., Holmes, M., & Williams, C. (2020). Identity as Resistance: Identity Formation at the Intersection of Race, Gender Identity, and Sexual Orientation. *Psychology of Women Quarterly, 44*(1), 67–83. <https://doi.org/10.1177/0361684319875977>
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality, 59*(3), 301–320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- DeLamater, J., & Friedrich, W. N. (2002). Human sexual development. *Journal of Sex Research, 39*(1), 10–14. <https://doi.org/10.1080/00224490209552113>
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 44–57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Diamond, G. M., & Shpigel, M. S. (2014). Attachment-based family therapy for lesbian and gay young adults and their persistently nonaccepting parents. *Professional*

- Psychology: Research and Practice*, 45(4), 258–268.  
<https://doi.org/10.1037/a0035394>
- Drescher, J. (2008). A History of Homosexuality and Organized Psychoanalysis. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(3), 443–460. <https://doi.org/10.1521/jaap.2008.36.3.443>
- Drescher, J. (2014). Controversies in Gender Diagnoses. *LGBT Health*, 1(1), 10–14. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.1500>
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297–304. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568–577. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>
- Frew, T., Watsford, C., & Walker, I. (2021). Gender dysphoria and psychiatric comorbidities in childhood: a systematic review. *Australian Journal of Psychology*, 73(3), 255–271. <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1900747>
- Fuss, J., Auer, M. K., & Briken, P. (2015). Gender dysphoria in children and adolescents: A review of recent research. In *Current Opinion in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000203>
- Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R. N., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
- Hatzenbuehler, M. L., Bellatorre, A., Lee, Y., Finch, B. K., Muennig, P., & Fiscella, K. (2014). Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social Science and Medicine*, 103, 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.005>
- Jacobs, L. A., Rachlin, K., Erickson-Schroth, L., & Janssen, A. (2014). Gender dysphoria and co-occurring autism spectrum disorders: Review, case examples, and treatment considerations. *LGBT Health*, 1(4), 277–282. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0045>

- James, J., Ellis, B. J., Schlomer, G. L., & Garber, J. (2012). Sex-specific pathways to early puberty, sexual debut, and sexual risk taking: Tests of an integrated evolutionary-Developmental model. *Developmental Psychology, 48*(3), 687–702. <https://doi.org/10.1037/a0026427>
- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisé, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry, 74*(1), 40–44. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>
- Kreukels, B. P. C., Cohen-kettenis, P. T., Roehle, *et al.* (2019). Sexuality in Adults with Differences / Disorders of Sex Development ( DSD ): Findings from the dsd- LIFE Study Sexuality in Adults with Differences / Disorders of Sex Development ( DSD ): Findings from the dsd-LIFE Study. *Journal of Sex & Marital Therapy, 45*(8), 688–705. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1610123>
- Lancet, T. (2016). Meeting the unique health-care needs of LGBTQ people. *The Lancet, 387*(10014), 95. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00013-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00013-1)
- Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L. M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J., Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. E., Vilain, E., & Witchel, S. (2016). Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Hormone Research in Paediatrics, 85*(3), 158–180. <https://doi.org/10.1159/000442975>
- Lothwell, L. E., Libby, N., & Adelson, S. L. (2020). Mental Health Care for LGBT Youths. *Focus, 18*(3), 268–276. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200018>
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D’Augelli, A. R., & Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health, 49*(2), 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.02.005>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

- Murphy, J., & Hardaway, R. (2017). LGBTQ adolescents of color: Considerations for working with youth and their families. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, *21*(3), 221–227. <https://doi.org/10.1080/19359705.2017.1320741>
- O'Brien, K. H. M. M., Putney, J. M., Hebert, N. W., Falk, A. M., & Aguinaldo, L. D. (2016). Sexual and Gender Minority Youth Suicide: Understanding Subgroup Differences to Inform Interventions. *LGBT Health*, *3*(4), 248–251. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0031>
- Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Management of the Transgender Adolescent. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *165*(2), 171–176. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.275>
- Pasterski, V., Gilligan, L., & Curtis, R. (2014). Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(2), 387–393. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0154>
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, *15*(3), 205–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 13–20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Robinson, K. H., & Davies, C. (2019). A Sociological Exploration of Childhood Sexuality. In *The Cambridge Handbook of Sexual Development* (pp. 54–75). <https://doi.org/10.1017/9781108116121.004>
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2011). Different patterns of sexual identity development over time: Implications for the psychological adjustment of lesbian, gay, and bisexual youths. *Journal of Sex Research*, *48*(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/00224490903331067>
- Rutter, M. (1970). Normal Psychosexual Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *11*(4), 259–283. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1970.tb01044.x>
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance

- in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2020). Parent-Initiated Sexual Orientation Change Efforts With LGBT Adolescents: Implications for Young Adult Mental Health and Adjustment. *Journal of Homosexuality*, 67(2), 159–173. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1538407>
- Shumer, D. E., Reisner, S. L., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. (2016). Evaluation of Asperger Syndrome in Youth Presenting to a Gender Dysphoria Clinic. *LGBT Health*, 3(5), 387–390. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0070>
- Simon, W., Gagnon, J., Erikson, E., & Freud, S. (1969). *Psychosexual Development. March.*
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64(2), 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Sutter, M., & Perrin, P. B. (2016). Discrimination, Mental Health, and Suicidal Ideation Among LGBTQ People of Color. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 98–105. <https://doi.org/10.1037/cou0000126>
- Tishelman, A. C., Shumer, D. E., & Nahata, L. (2017). Disorders of sex development: Pediatric psychology and the genital exam. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 530–543. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw015>
- Tolman, D. L., & Mclelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242–255. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00726.x>
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science and Medicine*, 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- World Health Organization (WHO). (2011). ICD-10. *Family Practice Management*, 18, 39. <https://doi.org/10.1159/000371811>
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender. March 2016.*

<https://www.wpath.org/publications/soc>

- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401–411. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00682-6)
- Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health*, 14(5), 404–411. <https://doi.org/10.1071/SH17067>

## Capítulo 12

### **O papel das estruturas de atendimento, acolhimento e abrigo da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica LGBTI**

Paula Allen

## **Resumo:**

Este capítulo retrata, por um lado, as respostas da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) específicas para pessoas LGBTI e, por outro lado, procura também dar a conhecer as respostas, que não fazendo parte desta Rede, identificam e respondem a algumas das necessidades das pessoas LGBTI, constituindo-se como uma rede informal de apoio. São as respostas da dita rede informal que, frequentemente, servem de porta de referência para as estruturas da RNAVVD, sendo acima de tudo, e pelas suas características, a porta de entrada mais acessível e segura para as pessoas LGBTI. Mais do que um texto descritivo, este pretende ser um texto reflexivo que venha a promover conhecimento específico e reflexão crítica.

## **Introdução**

Desde 2016 que existem, em Portugal, três estruturas especializadas no atendimento de pessoas LGBTI vítimas de violência doméstica, tendo-se criado em 2018 a única estrutura existente até à data, especializada no acolhimento de emergência para estas pessoas. Foi também em 2018 que foi publicada em Diário da República, a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030, onde, pela primeira vez, encontramos um documento orientador específico para o combate à discriminação contra pessoas lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo (LGBTI), sendo este o Plano de Ação para o Combate à Discriminação em razão da Orientação Sexual, Identidade e Expressão de Género e Características Sexuais.

De acordo com os dados do 2.º Inquérito LGBTI+ da *European Union Agency for Fundamental Rights* (FRA), 40% das pessoas portuguesas inquiridas revelaram ter-se sentido discriminadas em pelo menos um dos seus contextos de vida, sendo que 30% e 5%, respetivamente, admitiram já ter sofrido algum tipo de abuso no último ano e nos últimos cinco anos (FRA, 2020).

De acordo com o Relatório Anual 2019 – Discriminação Contra Pessoas LGBTI+, produzido pela ILGA Portugal, durante o ano de 2019 cerca de metade das situações denunciadas no Observatório da Discriminação contra pessoas LGBTI+ constituíram crimes ou incidentes motivados pelo ódio contra as pessoas LGBTI+ em Portugal, em todo o tipo de contextos e grupos etários (ILGA Portugal, 2020).

Para muitas pessoas, falar de violência doméstica é falar no feminino, mais recentemente, também, no masculino, mas é sobretudo falar em heteronormatividade e cisnormatividade, generalizando-se, erroneamente, a ideia de que são apenas as mulheres e os homens heterossexuais e cisgêneros a poder ser vítimas de violência doméstica, excluindo-se, frequentemente, outros grupos vulneráveis, tais como as pessoas LGBTI.

### **A Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica**

Não podemos compreender qual o papel das estruturas de atendimento, acolhimento e abrigo da RNAVVD para pessoas LGBTI, se não conseguirmos, em primeiro lugar, conhecer a estrutura desta Rede, a sua génese e objetivos.

A primeira vez que se faz referência à RNAVVD é na Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro (Diário da República, 2009), mais propriamente no capítulo V, art.º n.º 53, onde se refere que a mesma compreende o organismo da Administração Pública responsável pela área da cidadania e da igualdade de género, o Instituto da Segurança Social, as casas de abrigo, as respostas de acolhimento de emergência e as estruturas de atendimento, assim como, que, no âmbito da Rede, é também assegurada a existência de um serviço telefónico permanente, gratuito e com cobertura nacional, de informação a vítimas de violência doméstica.

Não querendo que esta resenha histórica seja exaustiva, retrata-se o momento em que o Exmo. Sr. Presidente da República Portuguesa, Professor Doutor Marcelo Rebelo de Sousa, a 24 de janeiro de 2018, promulgou o Decreto Regulamentar 2/2018 (Diário da República, 2018a), que vem estabelecer as condições de organização e funcionamento das estruturas de atendimento, das respostas de acolhimento de emergência e das casas de abrigo que integram a RNAVVD, e esclarecer acerca do seu âmbito de atuação.

Quando se desmonta, na tentativa de compreensão, as definições das estruturas de acolhimento de emergência, e das casas de abrigo, entende-se de imediato que, em qualquer uma das duas, apenas podem ser acolhidas pessoas do mesmo sexo, e estas pessoas apenas podem ser acompanhadas de filhos/as menores, ou maiores, mas desde que apresentem deficiência e estejam na sua dependência.

Esta orientação do Estado Português conduz a múltiplas questões: estará o Estado a ser verdadeiramente inclusivo e a proteger todas as vítimas quando as divide por sexo, considerando apenas o binarismo básico, já tão ultrapassado pela ciência e até mesmo por

algumas sociedades? Estará o Estado a deixar a descoberto, discriminando, as pessoas vítimas que não se enquadram neste binarismo? Como é pretendido que se catalogue uma pessoa que tem identidade de género masculina, mas cujo nome de registo é feminino, determinando para qual das estruturas se deve encaminhar esta vítima? Estarão as estruturas, do ponto de vista estrutural e de formação dos seus recursos humanos, capazes de trabalhar com pessoas que não se enquadram no binarismo de género, ou que pela sua orientação sexual, têm histórias de vitimação muito distintas das que essas mesmas estruturas estão formatadas para trabalhar? E não menos importante, muito embora seja uma questão generalista que se aplica a todas as pessoas vítimas, como se espera que seja o comportamento de uma vítima que tem de abandonar a sua casa, deixando para trás e junto da pessoa agressora, os/as filhos/as maiores, as pessoas séniores a seu cargo e os seus animais de companhia?

É também, através deste Decreto Regulamentar que se toma conhecimento que, as pessoas vítimas, apenas podem ser acolhidas em emergência por um período de 15 dias, passível de ser prorrogado, com autorização da Comissão para a Cidadania e para Igualdade de Género (CIG), por igual período. Algo de idêntico sucede nas casas abrigo, onde as vítimas podem ficar acolhidas por um período de 6 meses, que poderá ser prorrogado, nas condições anteriormente descritas para as respostas de emergência, por período análogo.

Dois anos depois de promulgado o Decreto Regulamentar 2/2018, e face às dificuldades e barreiras que se colocam às pessoas particularmente vulneráveis, aquando da sua integração nas estruturas da RNAVVD, decidiu o Exmo. Sr. Presidente da República promulgar o Decreto Regulamentar n.º 3/2020, de 14 de agosto (Diário da República, 2020a).

Tendo em consideração as especificidades das vítimas particularmente vulneráveis, onde se enquadram as pessoas LGBTI (mas também as pessoas portadoras de deficiência/diversidade, com doença mental, e séniores), e numa lógica de combater as desigualdades, quer no âmbito da promoção da igualdade de género e combate às discriminações, quer na dimensão do combate permanente ao flagelo da violência doméstica, vem este Decreto Regulamentar aumentar o período de acolhimento em estrutura de acolhimento de emergência, passando a ser de 3 meses, e podendo ser prorrogado por dois períodos iguais, mediante a aprovação da CIG. Ora, se esta medida,

parece (e é) uma medida positiva, é necessário analisar a realidade que se vivia no terreno até esta data, e que ainda não se alterou. Em primeiro lugar, importa concretizar que numa Rede que cobre todo o território nacional, e que é composta por cerca de 200 estruturas (atendimento, emergência e abrigo), existem apenas 3 estruturas de atendimento especializadas para vítimas de violência doméstica LGBTI, estando localizadas, duas delas, em Lisboa e a outra em Matosinhos, no Distrito do Porto. No que diz respeito às respostas de emergência, existe apenas uma estrutura que cobre as necessidades de acolhimento especializado para pessoas LGBTI de todo o país – a Casa Arco-Íris, e, por último, Portugal não tem nenhuma casa abrigo especializada para pessoas LGBTI vítimas de violência doméstica.

Assim sendo, e uma vez que as vítimas de violência doméstica LGBTI não podem ser encaminhadas para uma casa abrigo especializada para pessoas LGBTI, onde podem permanecer 12 meses, e acima de tudo, não podem ter acesso a uma equipa de trabalho mais numerosa e multidisciplinar e com objetivos de apoio à autonomização muito mais estruturados, foi com enorme agrado que foi recebida a informação da promulgação deste Decreto-Lei. Contudo, a manutenção das pessoas vítimas, na Casa Arco-Íris, por um período de 9 meses, leva a que a estrutura esteja mais vezes lotada e não haja a possibilidade de novos acolhimentos, deixando a descoberto outras vítimas. Apesar de ser a única resposta de acolhimento de emergência para vítimas LGBTI, apenas contempla 9 vagas, que pelas circunstâncias da pandemia, passaram a 6 vagas, garantindo a existência de um quarto de isolamento.

Numa análise muito mais profunda e formal, não deveria ser necessário estar a pensar e escrever sobre esta barreira, uma vez que, partindo do princípio de que as pessoas LGBTI são, acima de tudo, vítimas, e independentemente das suas características, autoidentificam-se maioritariamente como homens ou como mulheres, qualquer estrutura que acolhe em emergência ou abrigo deveria dar resposta também a estas vítimas.

Contudo, a realidade mostra um cenário muito diferente. Pela experiência que a equipa da Casa Arco-Íris relata, as outras estruturas da RNAVVD, que não são especializadas no trabalho com a população LGBTI, frequentemente referem que a sua equipa técnica não tem capacidades para dar a melhor resposta a estas vítimas. Focam-se muito no questionamento da genitália das pessoas para as quais é solicitado o acolhimento, indicando que as outras pessoas vítimas já acolhidas poderão reagir

negativamente e de forma discriminatória em relação às pessoas LGBTI. Por último, colocam problemas associados a documentos formais onde constam marcadores de género e nome oposto à identidade de género da pessoa em causa, sendo também, muitas vezes, referido como problema acrescido a expressão de género da mesma.

Não obstante, avanços muito importantes têm vindo a ser feitos dos quais se destaca a criação de uma Ficha Única de Atendimento para as respostas da RNAVVD, considerando-se este um instrumento de sistematização da informação recolhida sobre a vítima e o historial de vitimação, objetivando padronizar o registo, simplificar a recolha e o tratamento de dados e promover a partilha de informação, evitando situações de vitimação secundária e institucional. Neste sentido, a CIG, em conjunto com o Instituto da Segurança Social e com a Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna criou os instrumentos únicos de atendimento a vítimas de violência doméstica. A Ficha Única de Atendimento inclui uma declaração de consentimento informado, uma ficha de identificação de pessoa utente, uma ficha de identificação da pessoa autora dos factos, uma ficha de caracterização dos factos, uma ficha de registo de ocorrências que possam surgir aquando do atendimento, acolhimento ou abrigo, um plano de segurança e um documento com estratégias de promoção da segurança de crianças e jovens a cargo, uma ficha para avaliação das necessidades psicossociais da vítima, um exemplo de plano individual de intervenção e um modelo de relatório de encaminhamento.

### **Atendimento e Acolhimento a pessoas LGBTI Vítimas de Violência Doméstica**

Feito este primeiro enquadramento, o texto que se segue debruçar-se-á sobre o atendimento e acolhimento de pessoas LGBTI vítimas de violência doméstica. Não será possível falar do papel que uma casa abrigo tem neste processo porque, como vimos anteriormente, não existe em Portugal nenhuma casa abrigo especializada para este público vulnerável. Podemos, sim, afirmar que, segundo os relatórios da Casa Arco-Íris, nunca foi possível integrar nenhuma pessoa utente da estrutura de emergência em nenhuma das cerca de 40 casas abrigo da RNAVVD. Os motivos também já foram elencados. Curiosamente, antes da criação da plataforma de gestão de vagas da CIG, a Casa Arco-Íris recebia respostas de ausência de vaga. No entanto, a partir da criação da plataforma, e uma vez que todas as entidades conhecem ao dia o número de vagas das

outras estruturas, é referido à equipa técnica que existem vagas, contudo, têm lista de espera para sua ocupação.

No que diz respeito ao atendimento às pessoas LGBTI vítimas de violência doméstica, este é realizado de forma especializada por três estruturas, sendo elas o Gabinete de Apoio à Vítima da ILGA Portugal, o Gabinete de Apoio à Vítima da Casa Qui em Lisboa e o Centro Gis – Centro de Respostas às Populações LGBTI, em Matosinhos no Distrito do Porto<sup>56</sup>.

### ***Gabinete de Apoio à Vítima da ILGA Portugal***<sup>57</sup>

Segundo os dados fornecidos para a realização deste capítulo, pela Direção Executiva da ILGA Portugal, em 2021 foram realizados 188 atendimentos a vítimas, de um total de 78 pessoas utentes. O Serviço de Apoio à Vítima LGBTI da ILGA Portugal existe como resposta especializada a pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo que se encontram em situação de vitimação. Este serviço pretende responder às problemáticas frequentemente identificadas nas pessoas LGBTI, nomeadamente vivências de discriminação e vitimação continuadas, *bullying* no local de trabalho, situações de violência doméstica, com risco aumentado de vitimação pelo receio de *outing*, incapacidade de denunciar situações de vitimação e crimes de ódio ocorridos na comunidade, instituições e serviços.

Também é da responsabilidade da ILGA Portugal o Observatório da Discriminação Contra Pessoas LGBTI+, o qual está disponível em formato online desde 2013. Tem como objetivo receber denúncias de situações de discriminação e/ou violência em função da orientação sexual, identidade e expressão de género ou características sexuais ocorridas em território português. Segundo a própria, a ILGA Portugal não trabalha exclusivamente com vítimas de violência doméstica e/ou de género, tendo garantido no transato o apoio psicológico especializado a 334 pessoas, realizando 652 atendimentos.

---

<sup>56</sup> A apresentação das entidades que estão descritas neste capítulo foi efetuada com base na informação disponibilizada por cada uma nos seus canais de comunicação oficiais.

<sup>57</sup> Cf. [fui vítima de violência | ILGA Portugal \(ilga-portugal.pt\)](https://ilga-portugal.pt)

### ***Gabinete de Apoio à Vítima da Casa Qui***<sup>58</sup>

Quanto ao Gabinete de Apoio a Vítimas da Casa Qui, e igualmente segundo os dados fornecidos pela Associação para a redação deste capítulo, foram atendidas, em 2021, 146 vítimas e realizados 1598 atendimentos. O Gabinete de Apoio à Vítima da Casa Qui é um serviço especializado para a juventude LGBTI que dá apoio em situações de violência familiar, violência no namoro, *bullying* escolar ou de crise/vulnerabilidade. Efetuam atendimento a jovens, famílias e entidades, de forma presencial, por telefone ou por videochamada.

### ***Centro Gis – Centro de Respostas às Populações LGBTI***<sup>59</sup>

Desde a sua abertura e até 31 de dezembro de 2021, o Centro Gis atendeu 753 pessoas, efetuando 6621 atendimentos. Apenas no ano de 2021, foram atendidas 273 pessoas utentes e realizados 1344 atendimentos (Associação Plano i, 2022a). O Centro Gis, da responsabilidade da Associação Plano i, realiza um trabalho multidisciplinar, garantido, sempre que possível, o atendimento em crise, a segurança e a resposta às necessidades das pessoas que a ele recorrem. São disponibilizadas valências como acompanhamento psicossocial, consulta de psicologia individual e terapia de grupo, consulta de psiquiatria, consulta de endocrinologia e apoio jurídico. Estes apoios são realizados, preferencialmente, de forma presencial, sendo que, mesmo durante a pandemia, o Centro Gis manteve as suas portas abertas e o seu total funcionamento. Os apoios acontecem também por telefone e online, garantindo a resposta a pessoas de todo o país. O Centro Gis diferencia-se, entre outros aspetos, por ter uma linha de apoio de 24h, cujo trabalho é assumido por uma pessoa técnica de apoio à vítima, profissional de Psicologia, com especialização em matérias de orientação sexual, identidade/expressão de género e características sexuais, e especialização em intervenção em crise e primeiros socorros psicológicos.

Mesmo estando fisicamente sediado em Matosinhos, durante o ano de 2021, foram atendidas pessoas de diferentes concelhos, designadamente do Porto, Matosinhos, Vila Nova de Gaia, Gondomar, Maia, Lisboa, Vila Nova de Famalicão, Coimbra, Aveiro, Braga, Barcelos, Ermesinde, Santa Maria da Feira, Ovar, Santo Tirso, Espinho, Valongo,

---

<sup>58</sup> Cf. [Gabinete de Apoio à Vítima \(casa-qui.pt\)](http://casa-qui.pt)

<sup>59</sup> Cf. [Centro Gis - \(associacaoplanoi.org\)](http://associacaoplanoi.org)

Viana do Castelo, Ponta Delgada, Trofa, Póvoa do Varzim, Viseu, Leiria, Paços de Ferreira, São João da Madeira, Caldas da Rainha, Figueira da Foz, Amarante, Marco de Canavezes, Castelo de Paiva, Évora, Covilhã, Paredes, Esposende, Vizela, Paredes de Coura, Oliveira de Azeméis, Lousada, Bragança, Oliveira do Douro, Penafiel e Faro (Associação Plano i, 2022a).

De 2017 a 31 de dezembro de 2021, o Centro Gis efetuou 340 ações de formação/sensibilização, formou 13481 pessoas, profissionais de primeira linha, alunos e alunas, e outros públicos estratégicos. Só em 2021 realizou 108 ações de formação/sensibilização, atingindo 3810 pessoas (Associação Plano i, 2022a).

O Centro Gis dispõe ainda de Unidade Móvel – Gabinete Itinerante de Saúde que, dada a situação de pandemia, não pôde, durante os dois últimos anos, realizar atendimentos/atividades. Nos anos transatos foram muitas as pessoas a ser apoiadas nesta estrutura móvel, em apoio psicológico, no levantamento de preservativos e gel lubrificante. Graças à parceria com a Médicos do Mundo foram realizados rastreios de VIH<sup>60</sup>, Sífilis e Hepatites.

### ***Casa Arco-Íris - Casa de Acolhimento de Emergência para Vítimas de Violência Doméstica LGBTI***

A Casa Arco-Íris é a única resposta de acolhimento de emergência para pessoas LGBTI em Portugal e foi criada em julho de 2018 pela Associação Plano i. Com este passo, a RNAVVD conseguia atingir duas de três respostas tipificadas. Já tinha estruturas de atendimento especializadas para pessoas LGBTI e via nascer, agora, uma resposta de acolhimento de emergência para estas vítimas. Esta resposta mantém-se como uma resposta piloto. Com capacidade para nove pessoas (sendo que desde o início da pandemia viu a sua capacidade reduzida para seis, garantindo a existência de um quarto de isolamento), a Casa Arco-Íris destina-se a pessoas vítimas de violência doméstica LGBTI, acompanhadas ou não de dependentes menores ou maiores com deficiência, e assegura a estas pessoas a prestação dos seguintes serviços: alojamento e higiene; alimentação; medicação e cuidados de saúde; proteção e segurança; apoio psicológico e psicossocial; informação, aconselhamento e apoio jurídico; e articulação com outras entidades ou serviços da comunidade vocacionados para a prestação de apoios adequados às

---

<sup>60</sup> Vírus da Imunodeficiência Adquirida.

necessidades das pessoas vítimas de violência doméstica LGBTI, designadamente nas áreas da justiça, da saúde, da educação, da administração interna, da segurança social, do emprego, da formação profissional e do sistema de promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens.

O Acolhimento de Emergência nesta estrutura envolve, ainda, a realização de atividades lúdico-pedagógicas, promotoras de socialização, autoestima, assim como a realização de outras atividades que se considerem pertinentes no âmbito dos processos de autonomização das pessoas acolhidas. A partir do acolhimento é elaborado um processo individual para cada vítima e elaborado em conjunto com a mesma um Plano de Intervenção Individual, o qual é revisto sempre que necessário. O acolhimento das vítimas de violência, em ambiente protegido, é a condição primordial para que as vítimas possam reconstruir novos projetos de vida. Também aqui nesta resposta são usados os instrumentos únicos previstos no Despacho n.º 5374/2020 (Diário da República, 2020b), e da mesma forma, foram criados instrumentos próprios específicos e adequados às especificidades da população que acolhe.

Desde que iniciou o seu funcionamento, em julho de 2018, e até 31 de dezembro de 2021, a Casa Arco-Íris efetuou 233 acolhimentos (Associação Plano i, 2022b), sendo que em 2021 foram efetuados 68 acolhimentos, cuja maior fatia pertence a mulheres trans (39%). Durante o ano de 2021, a pessoa acolhida de idade mais jovem tinha 18 anos e, a menos jovem, 57 anos de idade, sendo 79% de nacionalidade Portuguesa. Cerca de 80% das pessoas são provenientes de um distrito diferente daquele onde a estrutura se situa.

### **Outras estruturas de atendimento e acolhimento para pessoas LGBTI que não pertencem à RNAVVD**

Não menos importante do que o trabalho realizado pelas estruturas que pertencem à RNAVVD, é o trabalho realizado pelas Organizações Não Governamentais, em estruturas distintas, que acompanham e apoiam diariamente as pessoas LGBTI, pelo que se torna fundamental descrevê-las neste capítulo. Apresentam-se, de seguida, oito dessas estruturas situadas no Porto, Lisboa, Almada e Açores.

### ***Plano 3C – Casa Com Cor – Apartamento de Autonomização para Pessoas LGBTI Vítimas de Violência Doméstica***

O Plano 3C existe desde setembro de 2020 e é também um projeto piloto promovido pela Associação Plano i. Para além da habitação temporária, consubstanciada num apartamento de autonomização com três quartos, a Casa Com Cor tem procurado garantir, em articulação com o Centro Gis, condições de verdadeira inclusão dos/as utentes, empoderando-os/as e dotando-os/as de ferramentas diversas (e.g., emprego, saúde, formação, inclusão social). Trata-se de uma resposta de trabalho em rede que articula, num mesmo processo, as várias vertentes e os diferentes momentos da intervenção. Até 31 de dezembro de 2021, a estrutura acolheu seis pessoas, sendo uma proveniente do Distrito de Aveiro, duas do Distrito do Porto, uma do Distrito de Braga e duas do Distrito de Lisboa. A pessoa mais jovem tem 19 anos de idade e a menos jovem 39 anos de idade (Associação Plano i, 2022c).

### ***ReAJó – Apartamento de Autonomização para Jovens LGBTI<sup>61</sup>***

Em 2019, surgiu o ReAJó, o primeiro apartamento de autonomização para jovens LGBTI do país, fundado pela Casa Qui – Associação de Solidariedade Social, que tem como principal objetivo o acolhimento de jovens LGBTI sem-abrigo/expulsos/as de casa. Este apartamento surgiu como um espaço seguro, para ajudar a colmatar situações de risco ou perigo, como por exemplo jovens em situação de expulsão de casa após revelarem a sua orientação sexual ou identidade/expressão de género. Esta resposta de autonomização, para jovens entre os 16 e os 23 anos, tem dois quartos individuais para permanência até 6 meses e dois quartos individuais para permanência até 2 anos. Conta também com a equipa técnica multidisciplinar e especializada do Gabinete de Apoio à Vítima para Juventude LGBTI da Casa Qui e de entidades parceiras estratégicas de forma a atuar em situações de emergência/crise e em situações que possibilitam construir com a pessoa jovem um projeto de autonomia de vida. Segundo os dados fornecidos pela Diretora Executiva da Casa Qui, desde a sua abertura e até 31 de dezembro de 2021, foram acolhidas 21 pessoas LGBTI.

---

<sup>61</sup> Cf. [Apartamento de Autonomização \(casa-qui.pt\)](http://casa-qui.pt)

### ***CATE – Casa de Acolhimento Temporário de Emergência***<sup>62</sup>

Surgida nos anos 90, promovida pela OPUS Diversidades, a CATE – Casa de Acolhimento Temporário de Emergência veio dar resposta ao acolhimento de pessoas em situação de desproteção e vulnerabilidade e que necessitem de apoio social. Atualmente, esta resposta de acolhimento conta com quatro quartos e tem como público-alvo vítimas de violência doméstica, pessoas em situação de perda ou ausência de autonomia, pessoas em situação de sem abrigo, pessoas migrantes/refugiadas, pessoas trabalhadoras do sexo, e apesar de não ser exclusiva à população LGBTI, a sua maioria está enquadrada nesta população. Segundo o Presidente da Opus Diversidades, estima-se que, até ao final de 2021, tenham sido alojadas entre 40 e 50 pessoas. Para além de alojamento, é igualmente disponibilizado pela CATE apoio psicológico e psicossocial e intermediada a concretização de acesso a apoios sociais e psicológicos do Sistema Nacional de Saúde ou do Instituto de Segurança Social, além de todo um trabalho específico no apoio ao processo de autonomização.

### ***Casa T***

O projeto Casa T surgiu em setembro de 2020, com intuito de fazer face à crise habitacional sentida pelas pessoas da comunidade LGBTI. Trata-se de um projeto criado por pessoas trans e imigrantes, sendo também este o público-alvo<sup>63</sup>. A casa T permite acolher em simultâneo seis pessoas.

### ***Espaço LIV(r)E***<sup>64</sup>

O Espaço LIV(r)E – Centro de Recursos LGBTI, da responsabilidade da Associação Plano i, abriu portas em novembro de 2021 e disponibiliza a pessoas LGBTI, a familiares e *significant others*, serviços gratuitos e especializados, nomeadamente apoio psicológico, social, aconselhamento jurídico, formação e consultadoria. Atualmente, é a única estrutura do Porto a garantir um centro de recursos gratuito e especializado a pessoas LGBTI, com uma agenda própria de atividades lúdicas, culturais e académicas.

---

<sup>62</sup> Cf. [Casa de Acolhimento – Opus Diversidades \(antiga Opus Gay\)](#)

<sup>63</sup> Não foi possível apurar o número de pessoas acolhidas.

<sup>64</sup> Cf. [Espaço LIV\(R\)E – Centro de Recursos LGBTI – CIG - \(associacaoplanoi.org\)](#) e [Projeto LIV\(R\)E – IKEA Idahot 2021 - \(associacaoplanoi.org\)](#)

Desde agosto de 2021 e até ao presente, o Espaço LIV(r)E recebeu 3 pessoas trans não-binárias, 1 pessoa que não indicou a sua identidade de género, 8 homens cis, 10 mulheres cis, 27 mulheres trans e 8 homens trans num total de 9 atendimentos jurídicos, 25 atendimentos psicossociais e 12 acompanhamentos nutricionais. Simultaneamente, a equipa do projeto produziu múltiplos conteúdos digitais na sua conta de Instagram com vista à sensibilização e divulgação de datas e eventos como o Dia Internacional da Memória Trans, Mesa Redonda - Violência contra Mulheres LGBTI, A prevenir, vamos! (VIH, Sífilis, hepatite B e C), Horários e Apoios disponíveis, Dia Internacional do Obrigado/a, *Speed Dating* no Dia de São Valentim; Avaliação e Aconselhamento nutricional; IRS Solidário, Dia da Liberdade de Informação Dia Internacional da Felicidade; Tráfico de seres humanos na Ucrânia, Semana da interculturalidade, Exposição fotográfica (vivências interseccionais), Tertúlia - Conversa entre mulheres brasileiras LGBTI+, Dia Mundial da Saúde, Dia do Beijo, Sessões de Reeducação Alimentar, Oficina de Teatro, Dia Mundial do Livro, Oficina de Teatro, Tertúlia sobre Justiça Social e Vítimas de Crime, Tertúlia - Justiça Social; Inauguração da Sede da Associação Plano i, *Open Call* de Fotografia (*Queer Utopia*), entre outros. Foram ainda desenvolvidos eventos tais como uma sessão de cinema no Dia Mundial da Liberdade e sessões semanais de Grupos de treino e promoção de competências sociais e pessoais. Foram também promovidas ações de formação tais como Mitos e Realidades sobre a Comunidade LGBTI+ e Bullying LGBTIfóbico, uma Mesa Redonda sobre Violência contra Mulheres LGBTI, um evento de Speed Dating e um evento de Defesa Pessoal que contaram com mais de 200 participantes no total. A equipa participou ainda, a convite, em eventos promovidos pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e pela Feira da Saúde de Matosinhos. Com vista a atingir os seus objetivos e planificar as suas atividades, realizaram-se ainda 14 reuniões de equipa que contaram com 119 pessoas no total.

### ***Espaço TRANS***<sup>65</sup>

A TransMissão – Associação Trans e Não-Binária criou o Espaço TRANS – Território da Resistência, Apoio, Não-conformidade e Solidariedade em Almada. O espaço possui uma casa de banho com duche, equipamento de redução de riscos, uma

---

<sup>65</sup> Cf. [Espaço TRANS – TransMissão – Associação Trans & Não-Binária \(transmissao-atnb.com\)](http://transmissao-atnb.com)

cozinha para aquecer refeições, e uma biblioteca de recursos. Ainda, disponibiliza uma sala interior que funciona como uma zona de roupa em segunda mão gratuita, onde qualquer pessoa pode deixar ou levar itens consoante a sua necessidade. Este espaço dispõe de provadores e um espelho.

A TransMissão, pretende assim, contribuir para os processos de afirmação social de pessoas trans e não-binárias ao democratizar, através da gratuidade, o acesso livre a vestuário, calçado, acessórios, e materiais de prevenção e proteção de risco sexual e de consumo de drogas. É retratado como um espaço de reivindicação, de arte, de debate, de liberdade e diversidade de reunião. Acima de tudo, como um espaço seguro onde esperam acolher quem quer que seja que se identifique enquanto parte da comunidade LGBTI, especialmente aquelas pessoas em situações de maior risco e de marginalização.

### ***Centro LGBTI<sup>66</sup>***

Trata-se de um espaço comunitário e cultural, da ILGA Portugal, sediado em Lisboa, para as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo, para as suas famílias, e para a sociedade em geral, que abarca uma componente pluridimensional de sociabilização, apoio e trabalho. Para além de oferecer uma programação regular de atividades culturais, lúdicas e políticas, o Centro LGBTI disponibiliza serviços essenciais e gratuitos à população LGBTI, prestando apoio à integração social e ao reforço da cidadania das pessoas LGBTI e das suas famílias. Também é possível utilizar o Centro para estudar ou trabalhar, beber chá, ler um livro ou ouvir música, conhecer outras pessoas ou simplesmente estar no espaço. Neste Centro é possível usufruir gratuitamente de Internet *wifi*, piano, jogos de tabuleiro, preservativos internos, externos e lubrificante, produtos de higiene menstrual, consulta de livros e outros materiais bibliográficos (*bookcrossing*), folhetos e outros materiais informativos da ILGA e de entidades parceiras, carregamento da bateria do telemóvel ou tablet, e para as refeições, acesso a micro-ondas e talheres. O Centro Comunitário LGBTI integra a aliança global de espaços seguros *Safe Space Alliance*. Espaços Seguros são essenciais para a emancipação de qualquer comunidade historicamente alvo de opressão. São espaços que permitem que as pessoas vivam quem realmente são, independentemente da sua identidade e expressão de

---

<sup>66</sup> Cf. [info útil | ILGA Portugal \(ilga-portugal.pt\)](http://info.útil|ILGA.Portugal(ilga-portugal.pt))

género, orientação sexual, diversidade funcional ou qualquer outra característica identitária, valorizando essa diversidade.

### ***(A)MAR – Açores Pela Diversidade***<sup>67</sup>

O (A)MAR é o primeiro centro de apoio à população LGBTI da Região Autónoma dos Açores. O centro (A)MAR é parte integrante da Associação para o Planeamento da Família dos Açores e tem como objetivo primordial dotar o arquipélago de instrumentos de combate à discriminação em razão da orientação sexual, identidade e/ou expressão de género. Tendo a igualdade e os direitos humanos enquanto matrizes, o centro (A)MAR tem um plano de ação com vários eixos: a intervenção e prestação de apoio à população LGBTI da região e/ou familiares; a organização de projetos e atividades informativas e de sensibilização; a consultadoria a entidades interessadas e a criação de uma rede regional de combate à discriminação de pessoas LGBTI. Este centro aproxima a Região Autónoma dos Açores à estratégia Nacional para a Igualdade e Não Discriminação (2018-2030), sendo um vetor de desenvolvimento social que respeita a diversidade.

### **Conclusões**

O presente capítulo procurou ser, ao mesmo tempo, informativo e crítico. Fazer parte de uma Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica deve significar, principalmente, trabalhar por uma causa, e aceitar que essa causa não pode discriminar as vítimas que não correspondem ao padrão de pessoas que permitem aos e às profissionais manter-se nos seus lugares de segurança, deixando em risco e revitimando quem já apresenta múltiplas vulnerabilidades.

Não menos importante deverá ser manter o foco na formação aos órgãos de polícia criminal e aos e às profissionais dos tribunais. O próprio Relatório Anual de Segurança Interna deveria atualizar-se e plasmar dados reais sobre pessoas reais, discriminando as vítimas de crime e, assim, retirando-as da invisibilidade. O fenómeno da violência doméstica envolvendo pessoas LGBTI necessita de ser desocultado, sob pena de serem os/as próprios/as profissionais e instituições a reforçar o estigma e a promover a discriminação.

---

<sup>67</sup> Cf. [amar.pela-diversidade.pt](http://amar.pela-diversidade.pt)

Algo que é demasiado evidente, e que revitima diariamente as pessoas LGBTI, é o facto de continuarmos a ter profissionais que saem das faculdades, e terminam os seus cursos de técnicos/as de apoio à vítima, sem informação e formação especializada sobre orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais. Há uma necessidade urgente de mudança deste paradigma.

A título ilustrativo, recorde-se que os dados do projeto europeu *Diversity and Childhood* (Santos et al., 2021), relativos a Portugal, apontam para que mais de metade das pessoas participantes admite nunca ter feito uma atualização de conhecimentos ou uma formação específica para o trabalho com crianças e jovens LGBTI+. E quando se cruza a violência doméstica e de género com a especificidade de as vítimas serem pessoas LGBTI, estarão os/as profissionais da RNAVVD preparados/as para implementar a Lei e garantir a não discriminação e um trabalho especializado?

Em suma, a falta de formação das pessoas profissionais conduz à falta de confiança nos serviços e confirma a urgência de criar respostas específicas por parte das instituições e, por conseguinte, considerar os/as profissionais como agentes de proximidade face a populações vulneráveis, como é o caso das pessoas LGBTI.

Muito embora Portugal seja um país com legislação, frequentemente considerada pioneira e diferenciada, impera a necessidade de supervisão no que à sua implementação diz respeito.

Por último, lembramos que as consequências da vitimação não são apenas e sempre físicas. Também as outras, como as psicológicas, motivam necessidades de acolhimento e segurança. Tem sido referido pelas estruturas de atendimento e de acolhimento LGBTI a necessidade urgente de respostas imediatas e de continuidade ao nível da saúde mental.

## **Referências**

Associação Plano i. (2022a). *Relatório de execução física do Centro Gis, 2021*.

Associação Plano i.

Associação Plano i. (2022b). *Relatório de execução física da Casa Arco-Íris, 2021*.

Associação Plano i.

- Associação Plano i. (2022c). *Relatório de execução física do Plano 3C – Casa Com Cor, 2021*. Associação Plano i.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021). *Estatísticas APAV: Relatório anual 2020*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- Diário da República. (2009). *Lei n.º 112/2009 - Diário da República n.º 180/2009, Série I de 2009-09-16, páginas 6550-6561*.  
<https://data.dre.pt/eli/lei/112/2009/09/16/p/dre/pt/html>
- Diário da República. (2018a). *Decreto Regulamentar n.º 2/2018 - Diário da República n.º 17/2018, Série I de 2018-01-24, páginas 674-684*.  
<https://data.dre.pt/eli/decregul/2/2018/01/24/p/dre/pt/html>
- Diário da República. (2018b). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018 - Diário da República n.º 97/2018, Série I de 2018-05-21, páginas 2220-2245*.  
<https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/61/2018/05/21/p/dre/pt/html>
- Diário da República. (2020a). *Decreto Regulamentar n.º 3/2020 - Diário da República n.º 158/2020, Série I de 2020-08-14, páginas 4-5*.  
<https://data.dre.pt/eli/decregul/3/2020/08/14/p/dre/pt/html>
- Diário da República. (2020b). *Despacho n.º 5374/2020 - Diário da República n.º 91/2020, Série II de 2020-05-11, páginas 17-40*.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5374-2020-133321137>
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2020). *A long way to go for LGBTI equality*. Publications Office of the European Union.
- ILGA Portugal. (2018). *Estudo nacional sobre ambiente escolar: Jovens LGBTI+, 2016/2017*. ILGA Portugal.
- ILGA Portugal. (2020). *Relatório anual 2019: Discriminação contra pessoas LGBTI+*. ILGA Portugal.
- Santos A. C., Esteves, M. & Santos, A. (2021). *Violência contra crianças e jovens LGBTI+ e de género diverso: Relatório Nacional – Portugal*.

Sistema de Segurança Interna. (2021). *Relatório anual de segurança interna 2020*.  
Gabinete do Secretário Geral. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNDQ1NAUABR26oAUAAAA%3d>

# Capítulo 13

## **Endocrinologia e Disforia de Gênero/Incongruência de Gênero**

Sara Monteiro

**Resumo:** A disforia/ incongruência de gênero é uma condição que se caracteriza pela discrepância entre a identidade de gênero e o sexo designado ao nascimento. Maioritariamente, causa uma sensação de angústia e desconforto com o seu sexo anatómico, causando o desejo em fazer uma transição para o sexo oposto. Este processo, complexo e longo, exige uma equipa multidisciplinar experiente e é constituído por várias etapas, nomeadamente, diagnóstico, psicoterapia, terapêutica hormonal e cirurgia de redesignação sexual. O endocrinologista desempenha um papel fundamental neste processo, intervindo nas várias fases do tratamento.

## **Introdução**

O desenvolvimento psicosexual é um processo de grande complexidade que resulta da interação de diversos fatores biológicos (genéticos, hormonais e psicológicos) com fatores socioculturais. (Jürgensen et al., 2010; Möller et al., 2009).

Ao longo da história, alguns homens e mulheres vivenciaram um sentimento de desconforto e angústia resultante da inconformidade com o dimorfismo sexual rígido. Acreditavam frequentemente serem vítimas de um acidente biológico e de estarem aprisionadas num corpo incompatível com a sua identidade de gênero (Bullough, 1975).

O termo “transsexual” foi usado pela primeira vez em 1923 por Magnus Hirschfeld (Hembree et al., 2009), no entanto, ficou mais conhecido após Harry Benjamin publicar o livro revolucionário “O fenómeno do transsexualismo” em 1966. Em 1979, fundou a associação Harry Benjamin International Dysphoria Association (HBIGDA), atualmente conhecida como World Professional Association of Transgender Health (WPATH). Hirschfeld (1901) e outros autores (Benjamin, 1967; Fisk, 1974) também descreveram outros tipos de fenómenos trans para além do transsexualismo, propondo que a identidade de gênero de um indivíduo se localizava algures ao longo de um *continuum* unidimensional. Esta classificação não contempla indivíduos que se identificam com ambos os géneros ou que simplesmente renunciam qualquer tipo de classificação de gênero (Diamond, 2011; Queen & Schimmel, 1997). Também há relatos de indivíduos que experienciam uma contínua alternância involuntária e rápida entre a identidade masculina e feminina (Case & Ramachandran, 2012) ou homens que não se identificam com o gênero masculino, mas que não querem viver como mulheres (Johnson

& Wassersug, 2010; Wibowo et al., 2012). Ainda não foram desenvolvidos protocolos terapêuticos específicos para este grupo que não se identifica com os gêneros masculino ou feminino.

A nomenclatura para o espectro de identidades de gênero tem vindo a sofrer mudanças ao longo dos anos, no sentido de reduzir a estigmatização desta condição clínica. Em lugar do termo “transsexualismo”, a classificação atual da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V) utiliza o termo “disforia de gênero” (American Psychiatric Association [APA], 2013) e a atual versão do Código Internacional de Doenças (ICD-11) da Organização Mundial de Saúde, propôs o termo “incongruência de gênero” (Drescher et al., 2012).

O tratamento de indivíduos com disforia de gênero/ incongruência de gênero (Drescher et al., 2012) foi previamente limitado a elixires ou cremes relativamente ineficientes. No entanto, tornaram-se possíveis, tratamentos endócrinos mais eficazes com a disponibilidade da testosterona em 1935 e o dietilestibestrol em 1938. Magnus Hirschfeld e Harry Benjamin foram pioneiros no tratamento de indivíduos com esta condição. A WPATH publicou as suas primeiras recomendações de tratamento em 1979. Desde então, têm sido atualizadas regularmente, permitindo orientar o tratamento de indivíduos com disforia de gênero/ incongruência de gênero (Hembree et al., 2009; Hines, 2006; World Professional Association for Transgender Health [WPATH], 2001).

### **Definição de termos**

(California Correctional Health Care Services [CCHCS], 2021; Hembree et al., 2017)

- **Sexo biológico, homem biológico ou mulher biológica** - Estes termos são atribuídos ao fenótipo sexual masculino ou feminino ao nascimento. Sexo refere-se aos aspectos anatómicos, morfológicos e fisiológicos da espécie humana. Uma vez que estes podem ser discordantes (ex. um indivíduo com cromossomas XY pode apresentar genitais com aspecto feminino), esta nomenclatura é imprecisa e deve ser evitada.

- **Cisgênero** - Termo utilizado para descrever pessoas cuja identidade de gênero corresponde ao sexo que lhes foi atribuído ao nascimento, ou seja, não transgênero.

- **Disforia de gênero (DG)** - Sensação de angústia e desconforto causados pela discrepância entre a identidade de gênero e o sexo designado ao nascimento. Em 2013, a

Associação Americana de Psiquiatria divulgou a 5ª edição do DSM-5, que substituiu “transtorno da identidade de gênero” por “disforia de gênero” e modificou os critérios para o diagnóstico.

- **Expressão de gênero** - Forma pela qual o indivíduo manifesta externamente a sua identidade de gênero, expressa através do nome, indumentária, corte de cabelo, comportamento, voz e outras características físicas. Tipicamente, as pessoas transgênero adotam uma expressão do gênero alinhada com a sua identidade de gênero, e não com o gênero designado.

- **Identidade de gênero/Gênero desejado** - Gênero com o qual o indivíduo se identifica, independente do sexo biológico.

- **Distúrbio da identidade de gênero**- Termo utilizado para DG/IG nas edições anteriores do DSM. O ICD-10 ainda utiliza este termo para o diagnosticar crianças, mas o ICD-11 já propôs o termo “incongruência de gênero na criança “.

- **Incongruência de gênero (IG)** - Termo abrangente utilizado quando a identidade de gênero e/ou expressão da identidade de gênero difere do que é tipicamente associado ao gênero designado. IG também é o nome proposto para os diagnósticos relacionados com a identidade de gênero no ICD-11. Nem todas as pessoas com incongruência de gênero apresentam disforia ou procuram tratamento.

- **Redesignação de gênero** - Refere-se ao procedimento terapêutico utilizado por aqueles que querem adaptar as suas características físicas à sua identidade de gênero através de hormonoterapia e/ou cirurgia(s). Também são utilizados como sinônimos, tratamento de confirmação do gênero ou afirmação de gênero.

- **Cirurgia de redesignação de gênero** - Este termo refere-se apenas à parte cirúrgica do tratamento de confirmação/afirmação do gênero.

- **Papel do gênero** - Refere-se aos comportamentos, atitudes e traços de personalidade que uma sociedade, em uma dada cultura e período histórico, designa como masculinos ou femininos e/ou que a sociedade associa ou considera típicos dos papéis sociais de homens ou mulheres.

- **Sexo designado ao nascimento** - Refere-se ao sexo atribuído ao nascimento, geralmente com base na anatomia genital.

- **Sexo** - Refere-se aos atributos que caracterizam a masculinidade ou feminilidade biológica. Os atributos mais conhecidos incluem os genes determinantes do sexo, os

cromossomas sexuais, o antigénio H-Y, as gónadas, as hormonas sexuais, os genitais internos e externos e os caracteres sexuais secundários.

- **Orientação sexual** - Este termo descreve a atração física e emocional duradoura de um indivíduo por outro. Identidade de género e orientação sexual não são sinónimos. Independentemente da identidade de género, as pessoas transgénero podem sentir-se atraídas por mulheres (ginefilia), por homens (androfilia), serem bissexuais, assexuados ou *queer*.

- **Transgénero** - Termo genérico para indivíduos cuja identidade de género e/ou expressão do género difere do que é tipicamente associado ao sexo designado ao nascimento. Nem todas as pessoas transgénero procuram tratamento.

- **Homem transgénero** (homem trans, transgénero masculino) - Indivíduos com sexo feminino atribuído ao nascimento, mas que se identificam e vivem como homens.

- **Mulher transgénero** (mulher trans, transgénero feminino) - Indivíduos com sexo masculino atribuído ao nascimento, mas que se identificam e vivem como mulheres.

- **Transição** - Refere-se ao processo durante o qual as pessoas transgénero alteram as suas características físicas, sociais e/ou legais, de acordo com a sua identidade de género. Crianças em fase pré-púbere podem optar por fazer uma transição social.

- **Transsexual** - Termo antigo originado nas comunidades médicas e psicológicas para se referir às pessoas que transitaram permanentemente através de intervenções médicas ou que desejam fazê-lo.

### **Avaliação de pessoas jovens e adultas**

A abordagem da DG/IG deve ser feita no contexto de um serviço especializado, multiprofissional e multidisciplinar. O reconhecimento desta condição é clínico, não sendo necessárias análises laboratoriais específicas.

O diagnóstico inicial deve ser feito por um profissional em saúde mental experiente, dado tratar-se de um processo longo e complexo cujo objetivo visa avaliar a identidade de género da pessoa. Este deve apresentar as seguintes competências: 1 - capacidade de utilização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e /ou da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (ICD) para fins de diagnóstico; 2 - capacidade de diagnosticar DG/IG e distingui-la de condições que apresentam características semelhantes (por

exemplo, transtorno dismórfico corporal); 3 - treino no diagnóstico de condições psiquiátricas relacionadas; 4 - capacidade para encaminhar para o tratamento adequado; 5 - capacidade de avaliar psicossocialmente as condições da pessoa que possam impactar na terapêutica hormonal de afirmação de gênero. O diagnóstico em crianças e adolescentes apenas deve ser feito por profissionais com formação em psicologia e psicopatologia da criança e adolescente.

O tratamento hormonal de afirmação de gênero e bloqueio da puberdade na fase pré-púbere, não é recomendado.

Todas as pessoas que procuram este tratamento médico devem ser informados sobre as opções de preservação da fertilidade, antes de iniciar a supressão da puberdade em adolescentes e antes do tratamento hormonal em adolescentes e adultos.

O tratamento hormonal deve ser proporcionado apenas às pessoas com capacidade mental para fornecer consentimento informado.

### **ICD- 10 Critérios de diagnóstico para transsexualismo**

(adaptado de Hembree WC et al., 2009)

O transsexualismo (F64.0) tem três critérios:

- 1 - Desejo de viver e ser aceite como membro do sexo oposto, usualmente acompanhado pelo desejo de fazer com que o seu corpo se pareça, tão congruente quanto possível, com o do sexo pretendido, através do tratamento cirúrgico ou hormonal.
- 2 - A identidade transsexual está presente, de forma persistente, por um período mínimo de 2 anos.
- 3 - A perturbação não constituir um sintoma de outro distúrbio mental, anomalia genética, cromossômica ou intersexual.

### **Critérios de diagnóstico para Disforia de Gênero em adolescentes e adultos (DSM-V)**

(retirado de *American Psychiatric Association*)

- A. Incongruência marcada entre a expressão de gênero e sexo designado ao nascimento com, pelo menos, 6 meses de duração e manifestada com, pelo menos, duas das seguintes:

1. Incongruência marcada entre a expressão de género e as características sexuais primárias e/ou secundárias.
2. Desejo forte de se libertar das características sexuais primárias e/ou secundárias devido a uma incongruência marcada com a sua expressão de género (ou nos adolescentes jovens, desejo de prevenir o desenvolvimento das características sexuais secundárias).
3. Desejo forte das características sexuais primárias e /ou secundárias do género oposto.
4. Desejo forte em pertencer ao género oposto (ou outro género alternativo, diferente do designado).
5. Desejo forte em ser tratado como o género oposto (ou outro género alternativo, diferente do designado).
6. Convicção forte de ter as sensações e reações típicas do sexo oposto (ou outro género alternativo, diferente do designado).

B. A condição ser associada a um forte desconforto ou défice clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.

Especificar se:

1. A condição coexiste com um distúrbio do desenvolvimento sexual.
2. A condição é pós-transição, na qual a pessoa transitou a tempo inteiro para o género desejado (com ou sem legalização da mudança de género) e foi submetido (ou prepara-se para ser) a pelo menos um tratamento médico ou cirúrgico relacionado com o sexo – nomeadamente terapia hormonal ou cirurgia de redesignação sexual para o género desejado.

No recém-publicado ICD-11, a incongruência de género deixa de ser categorizada na Saúde Mental (ICD-10) e passa a ser incluída no novo capítulo de Saúde sexual.

Aquando ou em seguida do diagnóstico, mas antes de iniciar o tratamento, o endocrinologista deverá excluir anomalias da diferenciação sexual ou outras patologias endócrinas. A avaliação deve ser efetuada através da anamnese, exame físico, análises laboratoriais dos níveis hormonais basais e cariótipo (Michel et al., 2001).

## **Tratamento hormonal para afirmação de género**

Estes tratamentos visam alinhar as características físicas com a identidade de género. Neste caso, o apoio das análises laboratoriais é fundamental para o acompanhamento da segurança e efetividade da terapia hormonal.

## **Tratamento de adolescentes**

(Hembree et al., 2017)

A DG/IG pode surgir durante a infância. No entanto apenas numa pequena minoria persiste na adolescência (Steensma, Kreukels, de Vries, et al., 2013; Steensma, McGuire, Kreukels, et al., 2013). A maioria das crianças com esta condição de baixa intensidade e menor persistência desenvolve uma orientação homossexual ou bissexual (Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). A DG/IG é mais provável persistir na adolescência quando esta foi extrema na infância (Steensma, McGuire, Kreukels, et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Aos adolescentes diagnosticados com DG/IG de género, que atendam aos critérios para iniciar terapêutica hormonal de afirmação de género (tabela 1), e a solicitem, recomenda-se o início do tratamento quando entrarem na puberdade no estágio de Tanner G2/B2, por meio da supressão com agonistas da hormona libertadora das gonadotrofinas (análogos da GnRH). No entanto, ao início da hormonoterapia têm que apresentar capacidade mental adequada para fornecer consentimento livre e esclarecido para este tratamento parcialmente irreversível. A maioria dos adolescentes apresenta essa capacidade aos 16 anos de idade. Reconhece-se que podem existir motivos convincentes para iniciar esta terapêutica antes dos 16 anos de idade, embora haja um número diminuto de estudos publicados sobre tratamentos hormonais de afirmação de género antes dos 13,5 a 14 anos de idade.

Tabela 1

*Critérios para a terapia hormonal de afirmação de gênero em adolescentes*

---

**A – Adolescentes elegíveis para tratamento com agonistas de GnRH**

---

1 - Confirmação por um especialista em saúde mental de:

- Existência de um padrão intenso e duradouro de não conformidade ou disforia de gênero (seja reprimido ou expresso).
- Agravamento da disforia de gênero com o início da puberdade.
- Exclusão de problemas psicológicos, médicos ou sociais coexistentes que possam interferir com o tratamento.
- Existência de capacidade mental para fornecimento de consentimento informado.

2 - E o adolescente:

- Foi informado dos efeitos esperados e dos efeitos laterais do tratamento (incluindo, a possível perda de fertilidade) e opções de preservação de fertilidade.
- Forneceu consentimento informado ou fornecimento do mesmo por pais/cuidadores (caso ainda não tenha atingido a maioridade legal).

3 - Confirmação por um especialista em desenvolvimento pubertário de:

- Indicação terapêutica para o tratamento com agonista de GnRH.
- O adolescente já ter iniciado a puberdade (estadio de Tanner > G2/B2).
- Ausência de contraindicações médicas para o tratamento com agonista de GnRH.

---

**B – Adolescentes elegíveis para tratamento subsequente com hormonas sexuais**

---

1 - Confirmação por um especialista em saúde mental de:

- Persistência da disforia de gênero.
  - Exclusão de problemas psicológicos, médicos ou sociais coexistentes que possam interferir com o tratamento hormonal.
  - Existência de capacidade mental (o qual, a maioria dos adolescentes atinge por volta dos 16 anos de idade) para avaliar as consequências deste tratamento parcialmente irreversível, para ponderar os benefícios e os riscos e fornecer o consentimento informado.
-

---

2 - E o adolescente:

- Foi informado dos efeitos esperados e dos efeitos laterais do tratamento (incluindo, a possível perda de fertilidade) e opções de preservação de fertilidade.
- Forneceu consentimento informado ou fornecimento do mesmo por pais/cuidadores (caso ainda não tenha atingido a maioridade legal)

3 - Confirmação por um especialista em desenvolvimento pubertário de:

- Indicação terapêutica para o tratamento com hormonas sexuais
- Ausência de contraindicações médicas para o tratamento com hormonas sexuais

---

(Adaptado de Hembree et al., 2017)

O início do tratamento, numa fase precoce do desenvolvimento pubertário, parece estar associado a melhores resultados psicopatológicos e físicos, do que quando é iniciado apenas numa fase mais tardia (De Cuypere et al., 2005). Após o desenvolvimento pubertário estar completo, há características físicas que são irreversíveis como a proeminência laríngea, o timbre vocal e a altura, que geralmente intensificam a disforia (Gooren, 2011a; Heylens et al., 2014; Olson et al., 2011).

Durante o tratamento com hormonas sexuais, a monitorização clínica do desenvolvimento pubertário deve ser feita a cada 3 a 6 meses e os parâmetros laboratoriais, a cada 6 a 12 meses.

### **Tratamento hormonal em adultos**

A terapêutica hormonal visa reduzir os níveis das hormonas sexuais endógenas, e assim amenizar as características sexuais secundárias do sexo designado e aumentar os níveis de hormonas sexuais do género desejado, através da sua administração exógena e, conseqüentemente, promover o aparecimento das características sexuais do género pretendido (Gooren, 2011a; Hembree et al., 2009). As alterações físicas induzidas por esta transição hormonal são geralmente acompanhadas por uma melhoria da saúde mental e da qualidade de vida (Costa & Colizzi, 2016; Heylens et al., 2014).

É recomendado que os profissionais de saúde, antes do início do tratamento, confirmem os critérios para o tratamento hormonal de afirmação de género dos adultos (tabela 2).

Tabela 2

*Crêterios para a terapia hormonal de afirma o de g nero em pessoas adultas*

- 
- 1 - DG/ IG persistente e bem documentada.
  - 2 - Capacidade para tomar uma decisão completamente informada e fornecer consentimento.
  - 3 - Maioridade legal em um determinado país (se mais jovens, seguir cr terios de adolescentes).
  - 4 - Problemas mentais, se presentes, adequadamente controlados.
- 

(Adaptado de Hembree et al., 2017)

Relativamente   substitui o hormonal, são seguidos os princípios do tratamento hormonal dos doentes com hipogonadismo, uma vez que ainda não existem protocolos específicos para esta condi o clínica (Gooren, 2011a; Gooren & Giltay, 2008; Hembree et al., 2009; Michel et al., 2001). As recomenda es elaboradas pela *Endocrine Society* fornecem uma orienta o específica no que diz respeito ao tipo de hormonas e dosagens que podem ser utilizadas (Hembree et al., 2017). No entanto, não pode ser descurado o facto de que esta terapêutica deve ser individualizada, adaptada aos objetivos de cada um e ponderado o risco-benefício dos fármacos.

Durante o tratamento, os níveis hormonais devem ser avaliados de modo a garantir que os esteroides sexuais endógenos sejam suprimidos e os esteroides sexuais administrados sejam mantidos na faixa fisiológica normal para o g nero desejado.

Existem determinadas condi es médicas que podem ser exacerbadas pela deple o hormonal e pelo tratamento com hormonas sexuais do g nero desejado, pelo que devem ser avaliadas previamente ao início do tratamento hormonal (tabela 3).

Tabela 3

*Riscos médicos da terapêutica com hormonas sexuais*

<b>Transgéneros masculinos: Testosterona</b>	<b>Transgéneros femininos: Estrogénios</b>
- Risco muito elevado:	- Risco muito elevado:
- Eritrocitose (hematócrito > 50%)	- Doença tromboembólica
- Risco moderado:	- Risco moderado:
- Disfunção hepática severa (transaminases 3 xs limite superior do N)	- Macroprolactinoma
- Doença coronária	- Cancro da mama
- Doença cerebrovascular	- Doença coronária
- Hipertensão arterial	- Doença cerebrovascular
- Cancro da mama ou útero	- Colelitíase
	- Hipertrigliceridemia

(Adaptado de Hembree et al., 2017)

**Transgéneros Masculinos**

A terapêutica hormonal nos transgéneros masculinos tem como objetivos induzir a virilização, produzir um padrão masculino de pilosidade e constituição corporal e cessar os ciclos menstruais (Gooren, 2011a; Gooren et al., 2008; Heylens et al., 2014; Olson et al., 2011).

Na tabela 4 estão listados os efeitos esperados com a terapêutica masculinizante e na tabela 5, o tempo necessário para os atingir (CCHCS, 2021).

Tabela 4

*Efeitos esperados com a terapêutica masculinizante (testosterona)*

<b>Efeitos gerais</b>	<b>Efeitos sexuais e nas gónadas</b>
- Supressão da produção endógena de hormonas sexuais femininas	- Aumento da libido
- Indução de características sexuais secundárias masculinas:	- Clitoromegalia
	- Atrofia vaginal
	- Cessação das menstruações /ovulação

- Aumento da pilosidade facial/corporal	- Efeito comum, mas não invariável
- Voz grave	- Fertilidade a longo prazo pode ser
- Redistribuição da gordura subcutânea na face e corpo	afetada, no entanto, alguns transgêneros masculinos conseguem alcançar uma
- Aumento da massa muscular	gravidez de sucesso com a
- Alteração na sudação e padrões de odor	descontinuação da testosterona.
- Retração da linha capilar frontal e temporal	- Os efeitos da testosterona pré-natal no desenvolvimento fetal ou infância ainda
- Alopecia androgenética (possível)	não foi estudado.

(Adaptado de Hembree et al., 2017)

Tabela 5

*Tempo estimado para os efeitos da terapêutica masculinizante (testosterona)*

<b>Efeito</b>	<b>Início</b>	<b>Máximo</b>
Oleosidade da pele/acne	1-6 meses	1-2 anos
Aumento da pilosidade facial/corporal	6-12 meses	4-5 anos
Alopecia androgenética	6-12 meses	-----
Aumento da massa muscular	6-12 meses	2-5 anos
Redistribuição da gordura	1-6 meses	2-5 anos
Cessaçã das menstruações	1-6 meses	-----
Clitoromegalia	1-6 meses	1-2 anos
Atrofia vaginal	1-6 meses	1-2 anos
Voz grave	6-12 meses	1-2 anos

(Adaptado de Hembree et al., 2017)

Com esta finalidade administra-se testosterona, nas suas diferentes formulações. As apresentações mais frequentemente prescritas no tratamento dos homens trans são as injeções intramusculares de ésteres de testosterona de curta ou longa duração. Os estudos demonstram que as formulações de curta duração (enantato/cipionato de testosterona), conduzem a níveis suprafisiológicos de testosterona imediatamente após as injeções e subfisiológicos nos dias que precedem a injeção seguinte, enquanto as formulações de longa duração (undecanoato de testosterona), permitem níveis plasmáticos mais estáveis

de testosterona (Gooren & Giltay, 2008; Jacobeit et al., 2007, 2009; Traish & Gooren, 2010). Além disso, constataram-se níveis periféricos superiores de  $17\beta$ -estradiol em pessoas tratadas com enantato comparativamente aos que fizeram undecanoato de testosterona (Jacobeit et al., 2007). Assim sendo, a farmacocinética favorece a utilização das formulações de longa duração.

O intervalo de administração das doses é geralmente de 2-3 semanas com o enantato de testosterona e 12 semanas com o undecanoato de testosterona, no entanto varia conforme a resposta clínica, o nível hormonal atingido e os efeitos laterais observados. (Gooren & Giltay, 2008; Heylens et al., 2014; Jacobeit et al., 2007, 2009; Traish & Gooren, 2010).

Se os ciclos menstruais se mantiverem após alguns meses de tratamento com testosterona, poderá ser necessário associar um progestativo (Dickersin et al., 2007). A cessação das menstruações também pode ser obtida através da utilização de análogos da GnRH, previamente ao início da terapêutica com testosterona.

A testosterona também está disponível sob a forma transdérmica, mas dado os níveis plasmáticos atingidos serem inferiores, sugere-se a sua associação sistemática a um progestativo (Gooren, 2011a).

Após a histerectomia, os progestativos devem ser suspensos, de modo a evitar os efeitos laterais decorrentes da sua utilização prolongada (Gooren et al., 2008; Gooren, 2011b).

O objectivo é manter níveis séricos de testosterona total média no intervalo de referência para o sexo masculino (400-700 ng/dl), e níveis baixos de estradiol (< 50 pg/ml) (Hembree et al., 2017).

### **Transgéneros Femininos**

A terapêutica hormonal nos transgéneros femininos tem como base a estrogénioterapia com o objectivo de promover a feminização dos caracteres sexuais secundários. No entanto, esta terapêutica é muito mais complexa do que nos transgéneros masculinos, uma vez que a utilização isolada de estrogénios não é suficiente para suprimir a testosterona para níveis fisiológicos femininos, sendo necessária terapêutica adjuvante.

Na tabela 6 estão listados os principais efeitos feminizantes e na tabela 7, o tempo necessário para os atingir (CCHCS, 2021).

Tabela 6

*Efeitos esperados com a terapêutica feminizante (estrogénios e antiandrogeneos)*

<b>Efeitos gerais</b>	<b>Efeitos sexuais e nas gónadas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supressão da produção endógena de hormonas sexuais masculinas</li> <li>- Indução de características sexuais secundárias femininas:</li> <li>- Desenvolvimento mamário (geralmente até ao estadio 2/3 de Tanner)</li> <li>- Redistribuição da gordura subcutânea na face e corpo</li> <li>- Diminuição da massa muscular</li> <li>- Diminuição da pilosidade corporal (e em menor grau, da face)</li> <li>- Alteração na sudação e padrões de odor</li> <li>- Possível reversão da perda capilar</li> <li>- Alterações emocionais</li> <li>- Não alteram o timbre da voz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfunção sexual masculina</li> <li>- Diminuição da libido</li> <li>- Oligo/azoospermia</li> <li>- Diminuição do volume do ejaculado</li> <li>- Diminuição do volume testicular</li> </ul>

(Adaptado de Hembree et al., 2017)

Tabela 7

*Tempo estimado para os efeitos da terapêutica feminizante (estrogénios e antiandrogénios)*

<b>Efeito</b>	<b>Início</b>	<b>Máximo</b>
Redistribuição da gordura	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição da massa muscular	3-6 meses	1-2 anos
Pele macia / diminuição da oleosidade da pele	3-6 meses	Desconhecido

Diminuição da libido	1-3 meses	3-6 meses
Diminuição ereções espontâneas	1-3 meses	3-6 meses
Disfunção sexual masculina	Variável	Variável
Desenvolvimento mamário	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição do volume testicular	3-6 meses	2-3 anos
Oligo/azoospermia	Desconhecido	>3 anos
Diminuição da pilosidade	6-12 meses	>3 anos
Reversão da perda capilar	Variável	-----
Alteração da voz	Ausente	-----

(Adaptado de CCHCS, 2021)

Diferentes formulações de estrogénios podem ser utilizadas com esta finalidade. Os estrogénios podem ser administrados por via oral (17- $\beta$ - estradiol, estrogénios conjugados), por via transdérmica (17- $\beta$ -estradiol) e via parentérica (valerato ou cipionato de estradiol).

Os estrogénios, de uma forma geral, estão associados a um risco acrescido de eventos tromboembólicos, no entanto, vários estudos demonstraram que este efeito parece estar especificamente relacionado com o etinilestradiol (Dittrich et al., 2005; Meriggiola & Gava, 2015; Prior et al., 1989), razão pela qual o seu uso não é recomendado em nenhum plano terapêutico.

Dados que permitam uma distinção entre as outras opções terapêuticas são menos consistentes, no entanto, a via oral parece estar mais associada a eventos trombóticos, devido ao “efeito da primeira passagem” no fígado, do que as restantes vias. Este risco é dose dependente.

Estão disponíveis múltiplas terapêuticas adjuvantes dos estrogénios, como progestativos com atividade antiandrogénica (acetato de ciproterona, espironolactona) e agonistas da GnRH. A terapêutica adjuvante vai potenciar a diminuição dos níveis endógenos de testosterona e possibilitar a diminuição das doses exógenas de estrogénios, permitindo reduzir os efeitos secundários associados a altas doses de estradiol (Gooren, 2011a; Heylens et al., 2014; Meriggiola & Gava, 2015; Moore et al., 2003).

Outros fármacos como o finasteride e a flutamida também podem ser utilizados (Gooren, 2011a; 2011b; Hembree et al., 2009; Heylens et al., 2014; Moore et al., 2003),

mas não reduzem os níveis plasmáticos de testosterona e produzem efeitos adversos (Dittrich et al., 2005).

O objetivo desta terapêutica é atingir níveis hormonais séricos equivalentes aos da mulher pré-menopausica. Os níveis de estradiol devem ser 100-200 pg/ml e os níveis de testosterona <50 ng/dl.

É de salientar, que aquando de cirurgias electivas, a estrogoterapia deve ser interrompida 3-4 semanas antes, dado o risco protrombótico desta terapêutica acrescido do risco da imobilização inerente à cirurgia. Pode ser retomada assim que a pessoa recupere a mobilidade completa (Gooren, 2011b).

### **Monitorização da terapêutica hormonal e prevenção de resultados adversos**

É recomendada a monitorização clínica e laboratorial trimestralmente, durante o primeiro ano de terapêutica e, posteriormente 1-2 vezes por ano, tendo como objetivo a avaliação do grau de feminização/ virilização e o eventual desenvolvimento de efeitos adversos (Meyer et al., 1986; Meyer-Bahlburg et al., 1986).

O exame clínico deve incluir a avaliação da pele, peso, tensão arterial, sinais de comprometimento cardiovascular/ risco tromboembólico e exame genital (Hembree et al., 2009; Heylens et al., 2014). Também devem ser incluídas questões quanto ao uso de tabaco e desenvolvimento de sintomas depressivos.

A monitorização laboratorial deve avaliar: hemograma, ionograma, função renal e hepática, glicose, perfil lipídico e níveis hormonais. Esta vigilância deve ser complementada com avaliações específicas para pessoas com outras co-morbilidades ou determinados fatores de risco (Hembree et al., 2017).

Nos transgéneros masculinos, os níveis séricos de testosterona devem ser mantidos nos níveis fisiológicos normais, entre os 400-700 ng/dl e os níveis de estradiol, abaixo de 50 pg/ml (Giltay et al., 1998). Os níveis de estradiol devem ser avaliados durante os primeiros 6 meses de tratamento, ou até ausência de menstruações durante 6 meses.

Nos transgéneros femininos, os níveis séricos de testosterona devem ser mantidos abaixo dos 50 ng/dl e os de estradiol, não devem exceder o pico fisiológico-100-200 pg/dl (Lapauw et al., 2008; Ott et al., 2010). As doses de estrogénios devem ser ajustadas de acordo com os níveis de estradiol sérico. Assim, o uso de estrogénios sintéticos ou

conjugados são desaconselhados, devido ao facto de não poderem ser mensuráveis. Os antiandrogéneos devem ser suspensos aquando da orquidectomia.

O desenvolvimento de doença cardiovascular deve ser sempre avaliado, dado o risco acrescido inerente à terapêutica hormonal.

Relativamente aos rastreios oncológicos, os transgéneros femininos devem fazer rastreio para o cancro da mama, de acordo com as diretrizes de avaliação mamária para mulheres não transgénero e de cancro da próstata, de acordo com o risco individual de doença prostática, uma vez que a próstata é mantida, mesmo após a cirurgia de redesignação genital. Os transgéneros masculinos deverão fazer rastreio do cancro do colo do útero, caso ainda possuam tecido cervical e do cancro da mama, caso ainda não tenham efetuado mastectomia total.

O rastreio da osteoporose deve ser feito de acordo com a presença de fatores de risco para o seu desenvolvimento, particularmente naqueles que interrompem a terapia hormonal quando são gonadectomizados. As pessoas com baixo risco, apenas devem ser rastreados a partir dos 60 anos de idade (Gooren, 2011a; Hembree et al., 2009; Meyer-Bahlburg et al., 1986).

Deve ser determinada a necessidade médica de incluir a histerectomia e ooforectomia totais como parte da cirurgia de afirmação de género.

### **Efeitos adversos da terapêutica hormonal**

As pessoas transgénero que iniciam a terapêutica hormonal são geralmente jovens e raramente apresentam contraindicações impeditivas do seu início (Mueller & Gooren, 2008). Contudo todas as intervenções farmacológicas apresentam algum risco. A probabilidade da ocorrência de efeitos adversos vai depender de vários fatores como, o tipo de fármacos administrados, a dosagem, as vias de administração e as características clínicas próprias de cada pessoa (idade, co-morbilidades, antecedentes familiares e estilo de vida) (Heylens et al., 2014).

### **Efeitos adversos nos transgéneros masculinos**

A terapêutica hormonal com androgénios aumenta o risco de eritrocitose, com aumento dos níveis de hemoglobina e do hematócrito. Este risco está relacionado com a via de administração e os níveis séricos de testosterona alcançados, sendo mais frequentes

com os ésteres de testosterona. O seu aparecimento implica uma readaptação das doses utilizadas (Gooren & Giltay, 2008; Jacobeit et al., 2009, Meyer-Bahlburg et al., 1986). A terapêutica com testosterona tem um efeito deletério no perfil lipídico, provocando uma diminuição no colesterol- HDL e aumento no colesterol- LDL e triglicéridos (Elamin et al., 2010; Giltay et al., 1999).

Em relação à sensibilidade à insulina, os estudos divergem nos resultados (Gooren et al., 1988; Maraka, 2016; Polderman et al., 1994).

A terapia hormonal masculinizante, em doses fisiológicas, apesar de conduzir a um aumento de peso, com aumento da gordura visceral (Elbers et al., 2003; Gooren & Giltay, 2008; Gooren et al., 2008; Moore et al., 2003; Olson et al., 2011; Schubert et al., 2004), não parece aumentar o risco de hipertensão arterial nem de eventos cardiovasculares (Giltay et al., 1999; Gooren et al., 1988; Giltay et al., 2003; Giltay et al., 2004; Lapauw et al., 2008).

A terapêutica com testosterona pode condicionar elevações transitórias das enzimas hepáticas. Foram observadas disfunções hepáticas e tumores malignos com metiltestosterona oral, no entanto, esta já não está disponível na maioria dos países e não deve ser utilizada (WPATH, 2012).

Esta terapêutica também pode induzir comportamentos agressivos e aumentar o risco de sintomas hipomaníacos, maníacos ou psicóticos em pessoas com transtornos psiquiátricos subjacentes que incluem tais sintomas. Este evento adverso parece estar associado a doses mais elevadas ou concentrações suprafisiológicas de testosterona no sangue (WPATH, 2012).

O acne e graus variáveis de perda do cabelo de padrão masculino (alopécia androgénica), são efeitos colaterais comuns da terapêutica com testosterona.

A nível sexual, a terapêutica androgénica induz aumento do clitóris, eleva a libido e reduz a fertilidade, embora o grau e a reversibilidade sejam desconhecidos.

Apesar da evidência das neoplasias estrogénio-dependentes ser muito limitada, dada a aromatização periférica da testosterona em estradiol, a histerectomia e a salpingo-ooforectomia bilateral deve ser um procedimento a considerar no tratamento de redesignação sexual (Dizon et al., 2006; Elamin et al., 2010; Gooren et al., 2008; Hembree et al., 2009).

Tabela 8

*Contraindicações e riscos potenciais da terapêutica hormonal masculinizante*

<b>Contraindicações absolutas</b>
- Gravidez ou amamentação. - Psicose mal controlada. - Doença psiquiátrica que limite a capacidade de fornecer um consentimento informado.
<b>Pessoas com risco muito elevado de efeitos adversos</b>
- Doença cardiovascular isquêmica instável - Carcinoma androgénio-dependente - Carcinoma do endométrio - Hipersensibilidade a um dos componentes da formulação hormonal - Policitemia /Eritrocitose (Hct >50%) - História de carcinoma da mama ou do útero
<b>Pessoas com risco moderado de efeitos adversos</b>
(Proceder com cautela considerando os riscos e os benefícios) - Doença hepática significativa (aumento das transaminases > 3x limite superior do normal) - História de doença cerebrovascular - História de doença coronária

(Toorians et al., 2003)

### **Efeitos adversos nos transgéneros femininos**

A terapêutica com estrogénios leva a alterações da hemóstase, e influencia a concentração plasmática de marcadores inflamatórios, fatores de coagulação e antioxidantes, aumentando o risco de eventos tromboembólicos venosos e cardiovasculares, especialmente em pessoas acima dos 40 anos de idade e com fatores de risco subjacentes (Toorians et al., 2003; Wilson et al., 2009). O risco de eventos aumenta com o uso adicional de progestativos e diminui com a utilização da via transdérmica (versus oral) (Giltay et al., 2003). Os estudos não demonstraram, no entanto, evidência de aumento da mortalidade cardiovascular (Elamin et al., 2010; Gooren & Giltay, 2008; van Kesteren et al., 1997).

A estrogênio-terapia induz efeitos favoráveis no perfil lipídico, com aumento da concentração do colesterol- HDL e diminuição do colesterol- LDL, mas em contrapartida pode aumentar significativamente os triglicerídeos. Contudo, este efeito benéfico no perfil lipídico parece ser atenuado por outros efeitos metabólicos adversos, como o ganho de peso (com aumento da gordura subcutânea superior ao aumento da gordura visceral), aumento ligeiro da tensão arterial e da insulinoresistência (Asscheman et al., 1988; Gooren et al., 2008; Schubert et al., 2004). A espironolactona reduz a tensão arterial, sendo recomendada para pessoas hipertensas ou em situação de risco.

Verificou-se que a terapêutica combinada de estrogénios com agonistas da GnRH, não provoca alterações no perfil lipídico. Assim sendo, estas podem ser consequência do acetato de ciproterona, usado na maioria das vezes como terapia adjuvante (Traish & Gooren, 2010).

O uso de estrogénios aumenta o risco de colelitíase e o uso combinado de estrogénios e acetato de ciproterona pode ainda estar associado com elevações transitórias das enzimas hepáticas e, raramente, hepatotoxicidade clínica (Center of Excellence for Transgender Health, 2016).

A terapêutica prolongada com estrogénios em altas doses, pode conduzir, em mais de 20% das pessoas, a um aumento dos níveis séricos de prolactina associados ao desenvolvimento de prolactinomas (Asscheman et al., 1988; Cunha et al., 2015; Gooren et al., 1988; Kovacs et al., 1994; Serri et al., 1996). Na maioria dos casos, os níveis retornam ao intervalo normal com a redução ou descontinuação da terapêutica estrogénica ou descontinuação do acetato de ciproterona (Bunck et al., 2009; Gooren et al., 1985; Nota et al., 2017). O início e evolução da hiperprolactinémia durante o tratamento estrogénico são desconhecidos.

A associação desta terapêutica a outras neoplasias é tão diminuta, que não pode ser alcançada nenhuma conclusão clara.

A terapêutica hormonal feminizante, quanto à função sexual, pode diminuir a libido, reduzir as ereções noturnas, tem um impacto variável sobre as ereções estimuladas sexualmente e prejudica a fertilidade.

Tabela 9

*Contraindicações e riscos potenciais da terapêutica hormonal feminizante*

<b>Contraindicações absolutas</b>
- Doença psiquiátrica que limite a capacidade de fornecer um consentimento informado
<b>Pessoas com risco muito elevado de efeitos adversos</b>
- Doença cardiovascular isquémica instável
- Carcinoma estrogénio-dependente
- Doença hepática crónica terminal
- Hipersensibilidade a um dos componentes da formulação hormonal
- História de doença tromboembólica
- História de carcinoma hormono-dependente, como carcinoma da próstata
<b>Pessoas com risco moderado de efeitos adversos</b>
(Proceder com cautela considerando os riscos e os benefícios)
- História de prolactinoma

(Toorians et al., 2003)

### **Cirurgia de redesignação sexual e afirmação de género**

A cirurgia de redesignação sexual, especialmente a cirurgia genital, é muitas vezes o último passo no processo de tratamento da disforia de género. Enquanto algumas pessoas com incongruência de género não necessitam de cirurgia para benefício do seu bem-estar e saúde em geral, para outros a cirurgia é essencial e clinicamente necessária para viverem harmoniosamente como membros do sexo oposto.

A cirurgia de afirmação de género, apenas é recomendada às pessoas que preenham os seguintes critérios (Hembree et al., 2017):

- Disforia de género persistente e bem documentada.
- Maioridade legal no seu país.
- Terapia hormonal de afirmação de género pelo menos durante 12 meses contínuos (desde que ausência de contraindicação para a mesma).
- Vivência com sucesso no novo papel de género pelo menos durante 12 meses contínuos.

- Se importantes problemas de saúde física ou mental estiverem presentes, devem estar bem controlados.
- Conhecimento de todos os aspetos práticos da cirurgia (custo, hospitalizações prolongadas, complicações prováveis, tempo de reabilitação).

As cirurgias genitais de afirmação de género nos transgéneros femininos incluem, gonadectomia, penectomia, vaginoplastia, clitoroplastia e labioplastia (Gooren, 2011a; Gorin-Lazard et al., 2012; Heylens et al., 2014; Selvaggi et al., 2005; Tugnet et al., 2007). Caso o desenvolvimento mamário decorrente do tratamento hormonal, após um período de 2 anos não seja satisfatório, pode ser efetuada uma mamoplastia de aumento (Dittrich et al., 2005; Giltay et al., 1998; Heylens et al., 2014; Meyer-Bahlburg et al., 1986).

As cirurgias genitais de afirmação de género nos transgéneros masculinos incluem, ooforectomia, vaginectomia, histerectomia, escrotoplastia, metoidoplastia, ureteroplastia e faloplastia (Chen et al., 2007; Gooren, 2011a; Hage et al., 1993; Hembree et al., 2009; Heylens et al., 2014; Hoebeke et al., 2010; Namba et al., 2009; Monstrey et al., 2011; Perovic et al., 2007; Ranno et al., 2007; Thiagaraj et al., 1987; Vesely et al., 2007). No entanto, a mais importante cirurgia de masculinização para os transgéneros masculinos é a mastectomia bilateral e corresponde ao primeiro passo cirúrgico na maioria dos casos (Hage et al., 1993; Hembree et al., 2009).

Após as cirurgias, as pessoas transgénero devem manter o seu seguimento em Endocrinologia. Aqueles submetidos a gonadectomia irão necessitar de terapia hormonal de substituição, vigilância ou ambos, de modo a prevenir os efeitos adversos da deficiência hormonal crónica.

## **Conclusão**

A disforia de género/incongruência de género é uma condição incomum, mas com números crescentes na sociedade.

A afirmação de género requer uma abordagem multidisciplinar na qual os endocrinologistas desempenham um papel importante. O tratamento hormonal permite ajudar a desenvolver as características físicas do género desejado.

Contudo, apesar da evolução terapêutica e do seu considerável sucesso, os estudos ainda são muito limitados, permanecendo várias questões a resolver como os efeitos a

longo prazo da supressão do desenvolvimento pubertário, idade a partir da qual seja aconselhada a descontinuação terapêutica, risco de neoplasias hormonodependentes, doses ótimas a utilizar.

Assim, estudos a longo prazo são necessários para que seja possível definir com precisão a segurança e eficácia da terapêutica hormonal.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>o</sup> ed). American Psychiatric Association Publishing.
- Asscheman, H., Gooren, L. J., Assies, J., Smits, J. P., & de Slegte, R. (1988). Prolactin levels and pituitary enlargement in hormone-treated male-to-female transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 28(6), 583–588. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.1988.tb03849.x>
- Benjamin, H. (1967). The transsexual phenomenon. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 29(4), 428-430. <https://doi.org/10.1111/j.2164-0947.1967.tb02273.x>
- Bullough V. L. (1975). Transsexualism in history. *Archives of sexual behavior*, 4(5), 561–571. <https://doi.org/10.1007/BF01542134>
- Bunck, M. C., Debono, M., Giltay, E. J., Verheijen, A. T., Diamant, M., & Gooren, L. J. (2009). Autonomous prolactin secretion in two male-to-female transgender patients using conventional oestrogen dosages. *BMJ Case Reports*. <https://doi.org/10.1136/bcr.02.2009.1589>
- Case, L. K., & Ramachandran, V. S. (2012). Alternating gender incongruity: A new neuropsychiatric syndrome providing insight into the dynamic plasticity of brain-sex. *Medical Hypotheses*, 78(5), 626–631. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2012.01.041>
- Center of Excellence for Transgender Health. (2016). Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people (M. B. Deutsch, Ed. 2 ed.). Center of Excellence for Transgender Health.
- California Correctional Health Care Services. (2021). *Care Guide: Transgender 2020*. Department of Health Care Services.

- Chen, H. C., Gedebou, T. M., Yazar, S., & Tang, Y. B. (2007). Prefabrication of the free fibula osteocutaneous flap to create a functional human penis using a controlled fistula method. *Journal of Reconstructive Microsurgery*, 23(3), 151–154. <https://doi.org/10.1055/s-2007-974650>
- Costa, R., & Colizzi, M. (2016). The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1953–1966. <https://doi.org/10.2147/NDT.S95310>
- Cunha, F. S., Domenice, S., Câmara, V. L., Sircili, M. H., Gooren, L. J., Mendonça, B. B., & Costa, E. M. (2015). Diagnosis of prolactinoma in two male-to-female transsexual subjects following high-dose cross-sex hormone therapy. *Andrologia*, 47(6), 680–684. <https://doi.org/10.1111/and.12317>
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., ... Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679–690. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-7926-5>
- Diamond, L. (2011). Transgender experience and identity. In S. J. L. Schwartz, K. & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of Identity Theory and Research* (pp. 629-647).
- Dickersin, K., Munro, M. G., Clark, M., Langenberg, P., Scherer, R., Frick, K., ... Surgical Treatments Outcomes Project for Dysfunctional Uterine Bleeding (STOP-DUB) Research Group. (2007). Hysterectomy compared with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 110(6), 1279–1289. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000292083.97478.38>
- Dittrich, R., Binder, H., Cupisti, S., Hoffmann, I., Beckmann, M. W., & Mueller, A. (2005). Endocrine treatment of male-to-female transsexuals using gonadotropin-releasing hormone agonist. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes: Official Journal, German Society of Endocrinology [and] German Diabetes Association*, 113(10), 586–592. <https://doi.org/10.1055/s-2005-865900>
- Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., & Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 62(4), 226–228. <https://doi.org/10.1159/000094097>

- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568–577. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>
- Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical endocrinology*, 72(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x>
- Elbers, J. M., Giltay, E. J., Teerlink, T., Scheffer, P. G., Asscheman, H., Seidell, J. C., & Gooren, L. J. (2003). Effects of sex steroids on components of the insulin resistance syndrome in transsexual subjects. *Clinical Endocrinology*, 58(5), 562–571. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2003.01753.x>
- Fisk N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome--the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *The Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: the Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology*, 3(2), 156–162. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.10>
- Giltay, E. J., Hoogeveen, E. K., Elbers, J. M., Gooren, L. J., Asscheman, H., & Stehouwer, C. D. (1998). Effects of sex steroids on plasma total homocysteine levels: a study in transsexual males and females. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 83(2), 550–553. <https://doi.org/10.1210/jcem.83.2.4574>
- Giltay, E. J., Lambert, J., Gooren, L. J., Elbers, J. M., Steyn, M., & Stehouwer, C. D. (1999). Sex steroids, insulin, and arterial stiffness in women and men. *Hypertension*, 34(4 Pt 1), 590–597. <https://doi.org/10.1161/01.hyp.34.4.590>
- Giltay, E. J., Toorians, A. W., Sarabdjitsingh, A. R., de Vries, N. A., & Gooren, L. J. (2004). Established risk factors for coronary heart disease are unrelated to androgen-induced baldness in female-to-male transsexuals. *The Journal of Endocrinology*, 180(1), 107–112. <https://doi.org/10.1677/joe.0.1800107>

- Giltay, E. J., Verhoef, P., Gooren, L. J., Geleijnse, J. M., Schouten, E. G., & Stehouwer, C. D. (2003). Oral and transdermal estrogens both lower plasma total homocysteine in male-to-female transsexuals. *Atherosclerosis*, *168*(1), 139–146. [https://doi.org/10.1016/s0021-9150\(03\)00090-x](https://doi.org/10.1016/s0021-9150(03)00090-x)
- Gooren, L. J. (2011a). Clinical practice. Care of transsexual persons. *The New England Journal of Medicine*, *364*(13), 1251–1257. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1008161>
- Gooren, L. J. (2011b). Transsexualism: biologic considerations, definition, and diagnosis. Waltham: Up to Date. Disponível em: [www.uptodate.com/contents/treatment-of-transsexualism?view=print](http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-transsexualism?view=print). Acesso a 22 de novembro de 2011
- Gooren, L. J., Assies, J., Asscheman, H., de Slegte, R., & van Kessel, H. (1988). Estrogen-induced prolactinoma in a man. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *66*(2), 444–446. <https://doi.org/10.1210/jcem-66-2-444>
- Gooren, L., & Giltay, E. J. (2008). Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: Effects and risks of administration of androgens to females. *The Journal of Sexual Medicine*, *5*(4), 765–776. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00646.x>
- Gooren, L. J., Giltay, E. J., & Bunck, M. C. (2008). Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: Extensive personal experience. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *93*(1), 19–25. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-1809>
- Gooren, L. J., Harmsen-Louman, W., & van Kessel, H. (1985). Follow-up of prolactin levels in long-term oestrogen-treated male-to-female transsexuals with regard to prolactinoma induction. *Clinical Endocrinology*, *22*(2), 201–207. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.1985.tb01081.x>
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J. C., ... Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(2), 531–541. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x>
- Hage, J. J., de Graaf, F. H., Bouman, F. G., & Bloem, J. J. (1993). Sculpturing the glans in phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *92*(1), 157–162.

- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Waal, H. A. D.-v. d., Gooren, L. J., Walter J. Meyer, I., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *94*(9), 3132-3154. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, *102*(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Heylens G., Verroken C., De Cock, S., T'Sjoen G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(1), 119–126. <https://doi.org/10.1111/jsm.12363>
- Hines, M. (2006). Prenatal testosterone and gender-related behaviour. *European Journal of Endocrinology*. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02236>
- Hirschfeld, M. (1901). *Was muss das Volk vom Dritten Geschlecht wissen*. Verlag Max Spohr.
- Hoebeke, P. B., Decaestecker, K., Beysens, M., Opdenakker, Y., Lumen, N., & Monstrey, S. M. (2010). Erectile implants in female-to-male transsexuals: Our experience in 129 patients. *European Urology*, *57*(2), 334–340. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.03.013>
- Jacobeit, J. W., Gooren, L. J., & Schulte, H. M. (2007). Long-acting intramuscular testosterone undecanoate for treatment of female-to-male transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, *4*(5), 1479–1484. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00556.x>
- Jacobeit, J. W., Gooren, L. J., & Schulte, H. M. (2009). Safety aspects of 36 months of administration of long-acting intramuscular testosterone undecanoate for treatment of female-to-male transgender individuals. *European Journal of Endocrinology*, *161*(5), 795–798. <https://doi.org/10.1530/EJE-09-0412>

- Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2010). Gender identity disorder outside the binary: When gender identity disorder-not otherwise specified is not good enough. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 597-598. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9608-1>
- Jürgensen, M., Kleinemeier, E., Lux, A., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., Hiort, O., Thyen, U., & DSD Network Working Group (2010). Psychosexual development in children with disorder of sex development (DSD)--results from the German Clinical Evaluation Study. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 23(6), 565–578. <https://doi.org/10.1515/jpem.2010.095>
- Kovacs, K., Stefaneanu, L., Ezzat, S., & Smyth, H. S. (1994). Prolactin-producing pituitary adenoma in a male-to-female transsexual patient with protracted estrogen administration. A morphologic study. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 118(5), 562–565.
- Kreukels, B. P., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews. Endocrinology*, 7(8), 466–472. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78>
- Lapauw, B., Taes, Y., Simoens, S., Van Caenegem, E., Weyers, S., Goemaere, S., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. G. (2008). Body composition, volumetric and areal bone parameters in male-to-female transsexual persons. *Bone*, 43(6), 1016–1021. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2008.09.001>
- Maraka S. (2016). Effect of sex steroids on lipids, venous thromboembolism, cardiovascular disease and mortality in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. Disponível em: <https://endo.confex.com/endo/2016endo/webprogram/Paper23931.html>. Acesso a 26 de julho de 2017.
- Meriggiola, M. C., & Gava, G. (2015). Endocrine care of transpeople part I. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transmen. *Clinical Endocrinology*, 83(5), 597–606. <https://doi.org/10.1111/cen.12753>
- Meyer, W. J., 3rd, Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. <https://doi.org/10.1007/BF01542220>

- Meyer-Bahlburg, H. F., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667–684. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9068-9>
- Michel, A., Mormont, C., & Legros, J. J. (2001). A psycho-endocrinological overview of transsexualism. *European Journal of Endocrinology*, 145(4), 365–376. <https://doi.org/10.1530/eje.0.1450365>
- Möller, B., Schreier, H., Li, A., & Romer, G. (2009). Gender identity disorder in children and adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 39(5), 117–143. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2009.02.001>
- Monstrey, S. J., Ceulemans, P., & Hoebeke, P. (2011). Sex Reassignment Surgery in the Female-to-Male Transsexual. *Seminars in Plastic Surgery*, 25(3), 229–244. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1281493>
- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 88(8), 3467–3473. <https://doi.org/10.1210/jc.2002-021967>
- Mueller, A., & Gooren, L. (2008). Hormone-related tumors in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 159(3), 197–202. <https://doi.org/10.1530/EJE-08-0289>
- Namba, Y., Watanabe, T., & Kimata, Y. (2009). Mastectomy in female-to-male transsexuals. *Acta medica Okayama*, 63(5), 243–247. <https://doi.org/10.18926/AMO/31841>
- Nota, N. M., Dekker, M., Klaver, M., Wiepjes, C. M., van Trotsenburg, M. A., Heijboer, A. C., & den Heijer, M. (2017). Prolactin levels during short-and long-term cross-sex hormone treatment: an observational study in transgender persons. *Andrologia*, 49(6), <https://doi.org/10.1111/and.12666>
- Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Management of the transgender adolescent. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(2), 171–176. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.275>
- Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C., & Tempfer, C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone

- therapy. *Fertility and Sterility*, 93(4), 1267–1272.  
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017>
- Perovic, S. V., Djinovic, R., Bumbasirevic, M., Djordjevic, M., & Vukovic, P. (2007). Total phalloplasty using a musculocutaneous latissimus dorsi flap. *BJU international*, 100(4), 899–905. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2007.07084.x>
- Polderman, K. H., Gooren, L. J., Asscheman, H., Bakker, A., & Heine, R. J. (1994). Induction of insulin resistance by androgens and estrogens. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 79(1), 265–271.  
<https://doi.org/10.1210/jcem.79.1.8027240>
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. <https://doi.org/10.1007/BF01579291>
- Queen, C., & Schimel, L. (1997). *PoMoSexuals: Challenging assumptions about gender and sexuality*. Cleis Press.
- Ranno, R., Veselý, J., Hýza, P., Stupka, I., Justan, I., Dvorák, Z., ... Ranno, S. (2007). Neo-phalloplasty with re-innervated latissimus dorsi free flap: A functional study of a novel technique. *Acta Chirurgiae Plasticae*, 49(1), 3–7.
- Schubert, M., Minnemann, T., Hübler, D., Rouskova, D., Christoph, A., Oettel, M., Ernst, M., Mellinger, U., Krone, W., & Jockenhövel, F. (2004). Intramuscular testosterone undecanoate: pharmacokinetic aspects of a novel testosterone formulation during long-term treatment of men with hypogonadism. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89(11), 5429–5434.  
<https://doi.org/10.1210/jc.2004-0897>
- Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., VanLanduyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Bowman, C., & Monstrey, S. (2005). Gender identity disorder: general overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 116(6), 135e–145e.  
<https://doi.org/10.1097/01.prs.0000185999.71439.06>
- Serri, O., Noiseux, D., Robert, F., & Hardy, J. (1996). Lactotroph hyperplasia in an estrogen treated male-to-female transsexual patient. *The Journal of clinical*

- endocrinology and metabolism*, 81(9), 3177–3179.  
<https://doi.org/10.1210/jcem.81.9.8784065>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499–516.  
<https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64(2), 288–297.  
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Thiagaraj, D., Gunasegaram, R., Loganath, A., Peh, K. L., Kottegoda, S. R., & Ratnam, S. S. (1987). Histopathology of the testes from male transsexuals on oestrogen therapy. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 16(2), 347–348.
- Toorians, A. W., Thomassen, M. C., Zweegman, S., Magdeleyns, E. J., Tans, G., Gooren, L. J., & Rosing, J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 88(12), 5723–5729.  
<https://doi.org/10.1210/jc.2003-030520>
- Traish, A. M., & Gooren, L. J. (2010). Safety of physiological testosterone therapy in women: lessons from female-to-male transsexuals (FMT) treated with pharmacological testosterone therapy. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(11), 3758–3764. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01962.x>
- Tugnet, N., Goddard, J. C., Vickery, R. M., Khoosal, D., & Terry, T. R. (2007). Current management of male-to-female gender identity disorder in the UK. *Postgraduate Medical Journal*, 83(984), 638–642. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2007.060533>
- van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A., & Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical*

*Endocrinology*, 47(3), 337–342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>

- Vesely, J., Hyza, P., Ranno, R., Cigna, E., Monni, N., Stupka, I., ... Ranno, S. (2007). New technique of total phalloplasty with reinnervated latissimus dorsi myocutaneous free flap in female-to-male transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 58(5), 544–550. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000245123.16757.15>
- Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Wibowo, E., Wassersug, R., Warkentin, K., Walker, L., Robinson, J., Brotto, L., & Johnson, T. (2012). Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: A response. *Asian Journal of Andrology*, 14(5), 793–794. <https://doi.org/10.1038/aja.2012.60>
- Wilson, R., Spiers, A., Ewan, J., Johnson, P., Jenkins, C., & Carr, S. (2009). Effects of high dose oestrogen therapy on circulating inflammatory markers. *Maturitas*, 62(3), 281–286. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.01.009>
- World Professional Association for Transgender Health. (2001). *Standards of Care for Gender Identity Disorders (6th version)*. World Professional Association for Transgender Health.
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Non-conforming People (7th version)*. World Professional Association for Transgender Health.

# Capítulo 14

## **Fase cirúrgica do tratamento da disforia de género: cirurgias de mudança de sexo**

Décio Ferreira

## **Resumo:**

Neste capítulo são apresentados alguns dados históricos sobre a transexualidade e as alterações de nomenclatura de que têm vindo a ser “vítimas” as pessoas portadoras desta situação, por razões e vontades que lhes são totalmente alheias. É também dada uma ideia breve de todo o processo médico e cirúrgico relacionado com o diagnóstico e tratamento da disforia de género de que podem sofrer os transexuais. Apresenta-se, de maneira sucinta, o conjunto de cirurgias necessárias à mudança de sexo e realizadas para adaptar o sexo do corpo ao sexo do cérebro dos transexuais, isto é, para tratar a disforia de género provocada pela discrepância entre o sexo do cérebro e o sexo do corpo, tal com propôs Harry Benjamin no século passado ao estudar, diagnosticar e dar nome a esta situação de que sofrem algumas pessoas e que eu considero que pode eventualmente ser incluída nas malformações congénitas.

## **Preâmbulo**

Antes de iniciarmos este capítulo há que definirmos certas coisas. Em especial nomenclaturas e os seus porquês. Harry Benjamin, sexologista e endocrinologista, em meados do século passado, observou e estudou várias pessoas que colegas psiquiatras e endocrinologistas lhe enviaram por não conseguirem ter uma explicação para “casos estranhos” que recorriam às suas consultas. Chegou, assim, à conclusão de que o sofrimento dessas pessoas era causado por terem uma situação de discrepância entre o sexo do cérebro e o sexo do corpo. Foi no livro que publicou, em 1966, *The Transsexual Phenomenon*, que ele explicou e deu o nome de transexualidade a essa situação responsável pelo “sofrimento e mal-estar” de quem a tem.

Harry Benjamin definiu o transexualismo não como uma questão psicológica, mas sim como um distúrbio somático que deve ser tratado pela medicina, afirmando também que como não era possível modificar o cérebro para o adaptar ao corpo, teriam de ser os cirurgiões a adaptar o corpo ao cérebro.

Como a Organização Mundial de Saúde define doença como toda a situação que provoca disforia (do grego *dusforía*, mal-estar, desconforto), a situação de transexualidade é responsável pela doença chamada disforia de género.

De acordo com o ICD-11, o Transexualismo (F64.0) é um desejo de viver e ser aceite como um membro do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de

desconforto ou impropriedade de seu próprio sexo anatómico e um desejo de se submeter a tratamento hormonal e cirurgia para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com a sua identidade sexual.

A *World Professional Association for Transgender Health* estabelece, na sua publicação *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People* (2001), as diretrizes do diagnóstico:

Para que esse diagnóstico seja feito, a identidade transexual deve ter estado presente persistentemente por pelo menos 2 anos e não deve ser um sintoma de um outro transtorno mental, tal como esquizofrenia, nem estar associada a qualquer anormalidade intersexual, genética ou dos cromossomas sexuais.

É importante também termos bem presente a diferença entre sexo e género. Sexo é definido pela genitália de cada pessoa e depende de esta ter cromossomas XX ou XY. Foi o sexólogo John Money que introduziu, em 1955, a distinção terminológica entre sexo biológico, o do corpo, e género, a manifestação social do sexo do cérebro.

De há poucos anos para cá parece estar na moda criar novos nomes para coisas que há muito já o têm, como é o caso de cirurgia de “redesignação/reafirmção sexual”. De facto, *designar é nomear e redesignar será renomear*. Assim, *redesignação* seria o ato *de renomeação*, ora o que estamos a fazer com a cirurgia não é mudar o nome de batismo ou o nome do sexo da pessoa, porque isso já foi mudado legalmente na Conservatória de Registo Civil. O que estamos a mudar com cirurgias é o sexo do corpo da pessoa para o adaptar ao sexo do seu cérebro, cuja “emanação social” é o género. Assim, o nome que dou a estas cirurgias é simplesmente o que elas são: cirurgias de mudança de sexo.

Outra coisa é a moda que se criou de referência aos transexuais com o diminutivo trans, que começou aquando da notícia da “construção” da nova lei de mudança de nome e sexo nos registos de nascimento nas conservatórias do Registo Civil. Ao que parece tal tem o intuito de convencer que trans e transexuais é a mesma coisa, isto é, que trans é o diminutivo de transexuais.

Nada mais errado. Costumo dizer que trans pode ser diminutivo de transatlântico, de transiberiano, de transmissores, de transfigurado, de transportadores, de transístor e de muito mais, até de transfóbico. Há de facto mais de 1000 palavras com o diminutivo “trans”.

Esta moda do trans, em vez de transexuais, começou aquando do início da preparação da Lei n.º 38/2018. De facto, transgénero abarca todas as variações de géneros desde o Travesti ao Drag Queen, onde estão incluídos os transexuais, mas só os transexuais sentem sofrimento por se sentirem num corpo errado, e só os transexuais anseiam mudar o sexo do corpo em que nasceram e sofrem de disforia de género.

A finalidade da criação desse diminutivo só pode ter sido a de confundir a população portuguesa e convencê-la de que a nova Lei seria para facilitar aos transexuais a mudança de nome e sexo no registo de nascimento, quando de facto era para fazer uma Lei que se destinava a todos os outros transgéneros. De facto, os transexuais já tinham a Lei nº 7/2011 de 15 de março que, com toda a simplicidade e eficiência, permitia a mudança de nome e sexo no assento de nascimento logo que tinham o diagnóstico de transexualidade. A Lei n.º 38/2018 o que criou foi a possibilidade de toda a população portuguesa poder, a qualquer momento, ir a uma Conservatória do Registo Civil e mudar de sexo e nome no seu Assento de Nascimento.

Vamos, portanto, chamar aos transexuais, transexuais, tal como Harry Benjamin o fez, já que esta situação é completamente definida e diferente da de todos os outros transgéneros.

#### *Antes da fase cirúrgica*

Antes da fase cirúrgica da disforia de género inicia-se o tratamento hormonal. O tempo necessário de hormonoterapia varia conforme os casos. Para os candidatos às cirurgias de feminino para masculino 1) é irrelevante o tempo e efeito da hormonoterapia para a mastectomia masculinizadora; 2) é irrelevante o tempo e efeito da hormonoterapia para a histerectomia; 3) é importante o tempo e efeito da hormonoterapia para a metoidioplastia; e 4) é importante o tempo e efeito da hormonoterapia para a faloplastia. No caso da mastectomia, a hormonoterapia pode provocar uma atrofia maior ou menor da glândula mamária, conforme a reação do corpo e, por isso, varia de pessoa para pessoa. Mesmo que haja uma grande atrofia da glândula mamária a pele nunca vai diminuir. Posso afirmar que já vi um caso em que a glândula tinha quase desaparecido, ficando umas peles suspensas que pareciam “sacos de café” pendurados no tórax, com os mamilos na ponta. Por esta razão, é irrelevante para a mastectomia a hormonoterapia.

No caso da histerectomia também o tempo de hormonoterapia não tem qualquer vantagem. Quando muito pode ser negativa em certos casos, se alterar a mucosa vaginal prejudicando eventualmente a sua utilização para a formação da futura uretra na futura faloplastia.

No caso de a pessoa só querer a metoidioplastia (fazer com o clitóris um minipénis), a hormonoterapia é essencial pois é necessário esperar o efeito da hormonoterapia no aumento do clitóris. Só depois deste ter aumentado o suficiente é possível criar, a partir dele, um minipénis.

No caso de a pessoa querer uma faloplastia também é necessário esperar pelo efeito da hormonoterapia, da mesma forma que para a metoidioplastia. Neste caso, é para alcançar um tamanho suficiente do clitóris, com vista a termos uma faloplastia com sensibilidade suficiente para a atividade sexual.

Para candidatos de masculino para feminino 1) é importante o tempo e efeito da hormonoterapia para a cirurgia mamária feminizadora, pois de facto devemos esperar que a hormonoterapia faça o seu efeito máximo no aumento mamário antes de colocar, por exemplo, próteses mamárias. O efeito das hormonas nestes casos pode demorar ano e meio a dois anos; 2) para a cirurgia cervical, para a diminuição de Maçã de Adão, não há que esperar pelo efeito da hormonoterapia; 3) para a cirurgia de alteração da voz é conveniente primeiro começar pela terapia da fala, pois em muitos casos é suficiente para feminizar a voz. Só quando não se obtiver resultado satisfatório com esta terapia é que há indicação de realização da cirurgia, que pode ser realizada eventualmente sob anestesia local; e 4) para a cirurgia de feminização facial, remodelação óssea facial, rinoplastia, entre outras, também não tem influência a hormonoterapia. Pode, contudo, a hormonoterapia coadjuvar a depilação a laser no que diz respeito à barba, por exemplo.

Para eventuais cirurgias de contorno corporal, e em qualquer dos casos, M para F ou F para M, deve aguardar-se a estabilização do efeito da hormonoterapia a nível do contorno corporal.

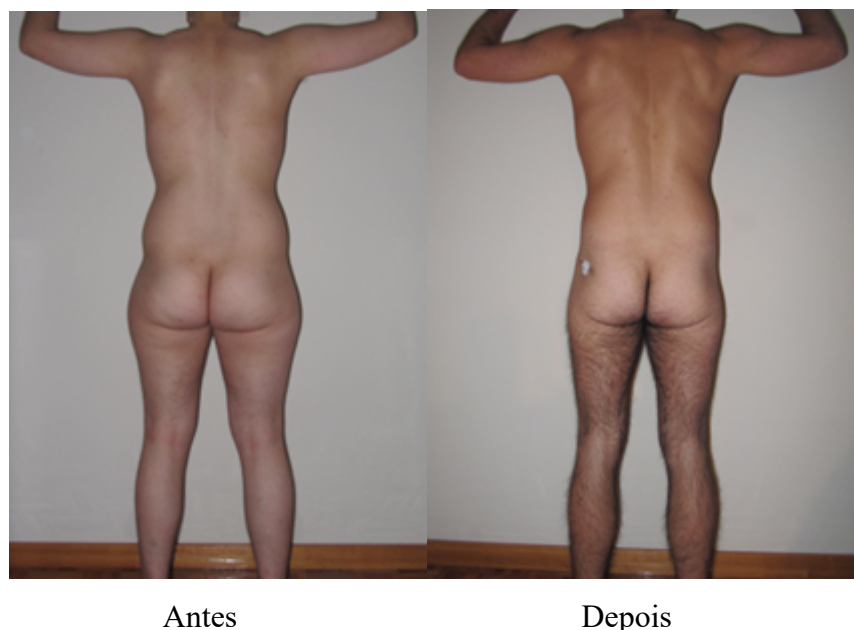


Fig. 1 - Exemplo de efeito da hormonoterapia em feminino para masculino

#### *As cirurgias*

O que querem as pessoas candidatas a cirurgias de mudança de sexo? Querem ficar com um corpo o mais próximo possível do sexo do seu cérebro e que permita uma vida social e sexual o mais normal possível. Ao mesmo tempo, também querem o menos sequelas possível e que as que são inevitáveis não sejam facilmente associáveis às cirurgias a que foram submetidas. Assim, é importante que o cirurgião que se dedique a estas cirurgias tenha isso sempre em mente, considerando que o mínimo de sequelas, e de eventuais complicações cirúrgicas, sempre à espreita em qualquer ato cirúrgico, e um bom resultado final, são muitíssimo mais importantes do que a rapidez do conjunto de cirurgias.

O cirurgião deve ter sempre em mente, e em consonância com a pessoa que está “a transformar”, que o resultado final será para toda a vida dessa pessoa. De facto, os cirurgiões devem sempre ter em conta que entre programas cirúrgicos de dois ou três meses com mais elevados riscos cirúrgicos e criadores de grandes sequelas, comparados com programas cirúrgicos que demorem no seu conjunto 12 ou mesmo 14 meses, mas com menos riscos de complicações cirúrgicas e menores e muito menos estigmatizantes sequelas, será sempre melhor optar por estes últimos. O resultado final e as sequelas serão para toda a vida. Qual a vantagem de uma corrida contra o tempo para ganhar? As

sequelas e resultados que se criam nestas cirurgias são para ficar 50 ou 70 anos, são para ficar para toda a vida. Penso que qualquer pessoa, para ter um pênis com diminuto risco de complicações cirúrgicas, prefere ter uma cicatriz no abdómen semelhante à que ficaria de uma qualquer cirurgia abdominal e que facilmente se associa a uma cirurgia intestinal ou outra, e que além do mais não lhe provoca qualquer limitação funcional, do que sujeitar-se a uma cirurgia com maior risco de complicações cirúrgicas e que cria no antebraço uma seqüela com consequências estéticas bem visíveis e também limites funcionais desse membro para toda a vida.

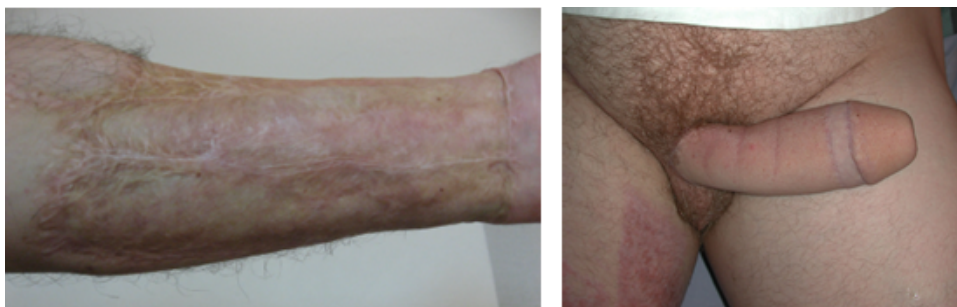
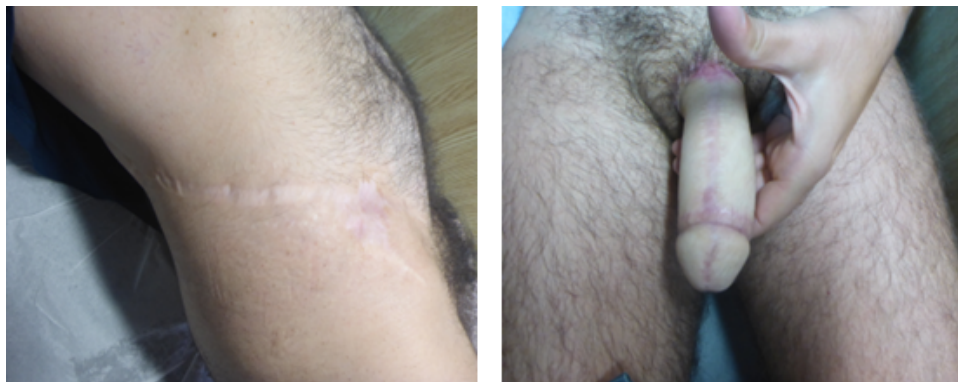


Fig. 2 - Sequela de um retalho livre do antebraço para faloplastia  
(Imagens recolhidas da internet, de um Centro Cirúrgico europeu de referência)



(Cicatriz sequela da parede abdominal)

(Resultado da faloplastia)

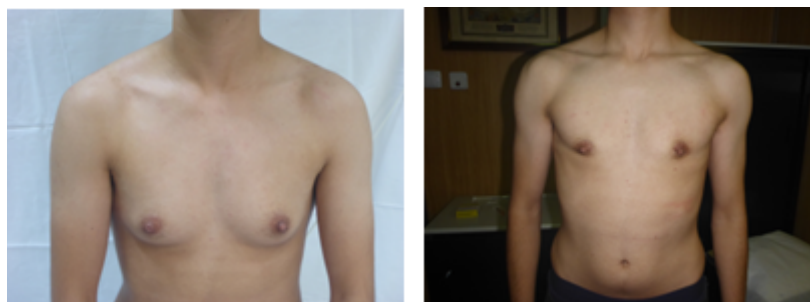
Fig. 3 - Sequela abdominal de retalho abdominal à esquerda para faloplastia à direita  
(Imagens de caso pessoal)

A diferença entre o tempo que demora a fazer os falos das figuras 2 e 3 pode ser de um ano. Atendendo a que o resultado final será sempre para todo o resto da sua vida,

qual escolheria o leitor se lhe dessem a escolher? Não gosto de fazer aos outros o que não gostaria para mim. Um processo cirúrgico não pode nunca ser uma corrida contrarrelógio. Por isso, optei sempre pelo mínimo de sequelas estigmatizantes e funcionais em detrimento da rapidez.

#### *Processo cirúrgico de Feminino para Masculino*

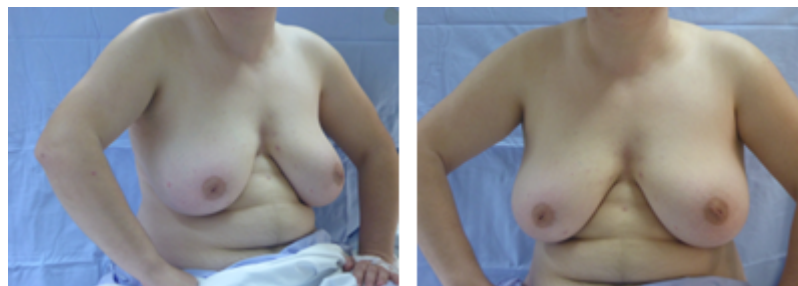
O esquema cirúrgico que uso implica uma mastectomia masculinizadora, feita com anestesia geral (cirurgia de cerca de 2 a 3 horas), conforme o tamanho da mama, e com um a dois dias de internamento.



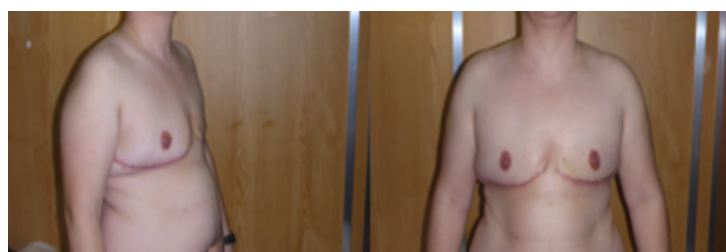
(Antes)

(Depois)

Figura 4 - Mastectomia por via periareolar quando é uma mama pequena



(Antes)



(Depois)

Figura 5 - Mastectomia em mama grande com cicatriz inframamária

Cerca de um mês depois é realizada a hysterectomia, a vaginectomia e a formação da futura uretra, com enxerto de mucosa vaginal no local de onde se fará posteriormente o retalho tubular para a faloplastia.

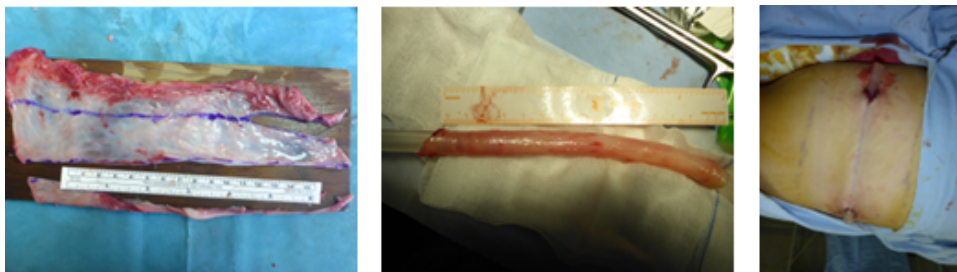


Figura 6 - Formação da uretra com mucosa vaginal em molde colocada subcutânea

A metoidioplastia simplificada (Fig. 7) e a formação do retalho tubular abdominal, centrado à uretra, são feitas aquando da hysterectomia (Fig. 8 e 9) (cirurgia sob anestesia geral, com duração de cerca de 5 horas).



Figura 7

Prolongamento da uretra  
+ libertação do clitóris



Figura 8

Desenho do retalho tubular  
já com uretra feita



Figura 9

Retalho tubular

Um mês depois é realizada cirurgia sob anestesia local, com duração de cerca de 40 minutos, que tem por fim aumentar a circulação do retalho a partir da extremidade que vai ficar fixa e, assim, permitir com mais segurança a transposição da extremidade que se irá usar na cirurgia seguinte (“espera de retalho”).

De 10 a 15 dias depois realiza-se a primeira transposição do retalho, uma cirurgia sob anestesia local que consiste na libertação da extremidade onde se fez a “espera de

retalho” e a sua transferência para uma zona da parede abdominal mais perto da área genital, de modo a permitir que a extremidade que permaneceu fixa possa posteriormente se transferida para a área genital, sem qualquer tensão e de modo que o orifício da uretra do retalho, que irá no futuro ficar na extremidade do pênis, fique voltado para a frente.



(A seta azul indica o sentido da transposição vista inferior da sutura)

Figura 10 – 1.<sup>a</sup> transposição do retalho tubular

Cerca de 5 semanas depois é feita, sob anestesia local, a “espera de retalho” na extremidade do retalho tubular contrária à que transpusemos anteriormente. De 10 a 15 dias depois liberta-se, sob anestesia local, a extremidade onde fizemos esta última “espera de retalho”, deixando-a livremente “pendurada”, por questões de segurança, para a cirurgia a realizar depois. Não devemos avançar logo nesta fase para a realização da ligação da extremidade à área genital, porque se houver uma zona da extremidade que venha a ter problemas circulatório estaremos perante uma situação grave e de difícil resolução.



Figura 11

Retalho sem necrose da extremidade



Figura 12

Retalho com pequena necrose

Três semanas depois faz-se a ligação do retalho tubular à genital. Esta cirurgia é feita sob anestesia geral e demora cerca de 4 horas.

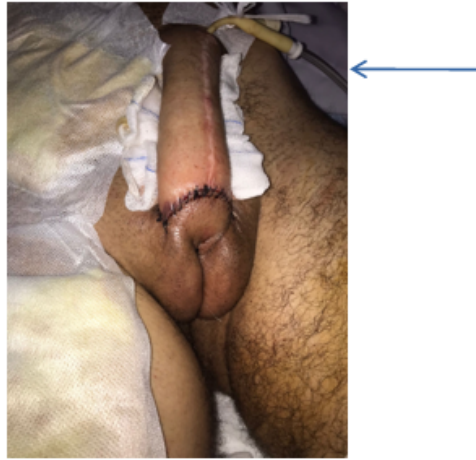


Figura 13 – Pós operatório imediato da transposição genital do retalho da Fig. 11.

Depois desta última cirurgia a uretra já está totalmente construída, desde a uretra original até à extremidade do retalho cuja outra extremidade está ainda presa à parede abdominal. Pode observar-se na figura 13 a saída da algália na extremidade superior do retalho (Cf. seta). Após 5 a 7 semanas, quando estiver totalmente cicatrizada a área desta última intervenção cirúrgica, isto é, a ligação do retalho à área genital, faz-se sob anestesia local a “espera de retalho” na extremidade do retalho tubular ainda ligada à parede abdominal, para estimular a circulação proveniente da extremidade genital deste.

De 10 a 15 dias depois é feita, com anestesia local, a libertação final do retalho. Teremos, assim, um pénis ainda sem a definição da glande peniana, mas já a urinar pela extremidade. Cerca de 1 mês depois, apresentando a extremidade do neo-pénis boa circulação, é feito o contorno longitudinal da glande e colocada a saída da uretra no local correto da glande. Esta cirurgia não necessita de qualquer anestesia por esta extremidade do neo-pénis ainda não ter sensibilidade.

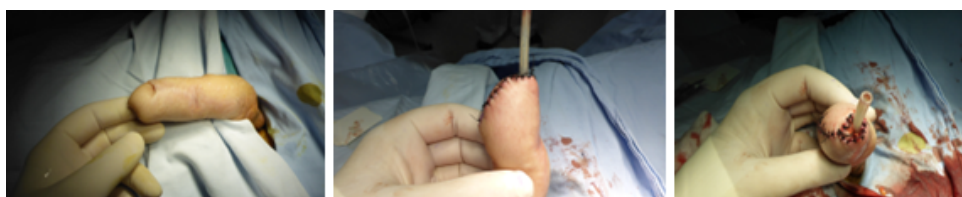


Figura 14: Formação do contorno longitudinal da glande do néo-pénis

Cerca de 1 mês depois, apresentando a extremidade do neo-pénis boa circulação e boa cicatrização, é feito o contorno circular da glândula. Este contorno implica um enxerto de pele com cerca de 10 a 12 cm de comprimento e 6 mm de largura, que se colhe do bordo da cicatriz da zona abdominal dadora do retalho tubular para a faloplastia, aproveitando, assim, para ao mesmo tempo, corrigir parcialmente essa cicatriz, que frequentemente se mostra alargada, devido à tensão com que fica inicialmente quando se forma o retalho e também ao tipo de cicatrização da pessoa.



Figura 15 – Formação da definição circular da glândula

Depois, mas só para os interessados, poderão colocar-se próteses testiculares de silicone.

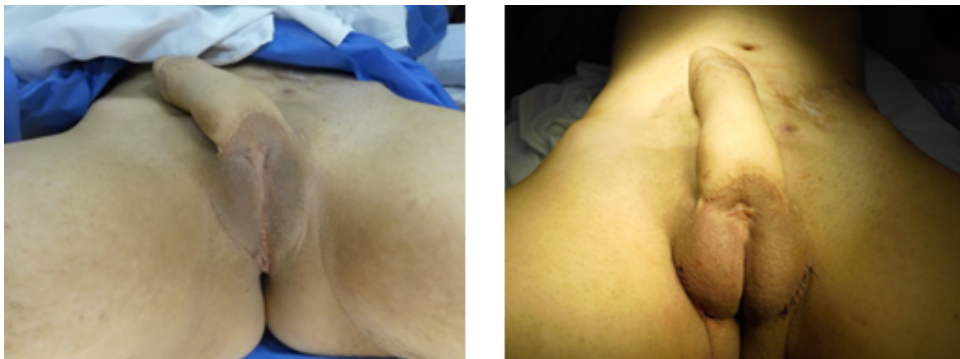


Figura 16 – Colocação de próteses testiculares

Terminada esta fase da faloplastia, fica a faltar a colocação das próteses penianas. Antes de estas serem colocadas, é conveniente aguardar algum tempo para vermos se não surge qualquer problema não esperado na faloplastia, ou da neouretra no seu conjunto, peniano e escrotal. Normalmente preconizo 3 meses, no mínimo, de espera.

Após confirmação de que tudo está bem procede-se à colocação das próteses penianas, que implica a construção de uns corpos cavernosos artificiais para as conter.

Estes corpos cavernosos artificiais são construídos com próteses vasculares especiais. Esta cirurgia é feita sob anestesia geral e demora cerca de 2 a 3 horas.



Figura 17 – Próteses penianas colocadas dentro de próteses vasculares

Estando tudo bem com a faloplastia podemos, se a pessoa o desejar, colocar próteses testiculares com tamanho adaptado ao tamanho do escroto, se acaso já não o tivermos feito. Há alguns transexuais que não pretendem sujeitar-se a todas estas cirurgias para faloplastia e preferem optar pela metoidioplastia, que é a formação de um mini-pênis a partir do clitóris já aumentado pela hormonoterapia. Este mini-pênis fica com capacidade de urinar pela extremidade, com ereção e, quase sempre, com prepúcio.



Figura 18 – Mini-pênis resultante de metoidioplastia

É, assim, chegado o fim da transformação torácica e genital de feminino para masculino (Figura 2), que demorou cerca de 12 a 13 meses, isto se não houve nenhuma complicação pelo caminho, sempre passível de surgir e de provocar a necessidade de mais tempos cirúrgicos para as corrigir, podendo deixar, por isso, mais algumas sequelas. Mesmo assim, muito menos sequelas do que com o retalho livre sem complicações e, de qualquer forma, infinitamente menos sequelas do que com a correção de complicação de um retalho livre.

### *Processo cirúrgico de Masculino para Feminino*

Tal como no caso de feminino para masculino, os resultados que podem ser consultados na internet, pelas cicatrizes e estética, na grande maioria dos casos, não são aceitáveis. Os resultados pouco ou nada reproduzem a genitália feminina normal, com muitas sequelas cicatriciais desnecessárias e, por vezes, aberrantes.

Assim, pensei e planeei uma nova técnica a partir da minha experiência adquirida em Cirurgia Plástica, em especial nas reconstruções vaginais em agenésias vaginais (mulheres que nasceram com ausência de “canal vaginal”), com recurso à técnica criada pelo Prof. Wilflinseder da Universidade de Innsbruck, e introduzida em Portugal por mim e pelo Dr. Godinho de Matos, isto é, utilizando um enxerto de jejuno (uma parte do intestino delgado com cerca de 4 a 5 metros) e em que se usa para fazer a vagina, como enxerto, uma pequena parte desse intestino delgado. Ao fazer a vagina (canal vaginal) dessa maneira fica-se com todas as estruturas genitais masculinas para poder planear e transformar numa vulva feminina.

Assim, com a pele do pénis pode fazer-se os pequenos lábios vaginais, com a pele do escroto os grandes lábios vaginais, e com parte da glândula e do pedículo neuro-vascular do dorso do pénis um clitóris com a sua sensibilidade normal. De facto, é possível fazer tudo isto, com um mínimo de cicatrizes e, ainda, com a vantagem de pelo menos de 80 a 90% dessas cicatrizes ficarem invisíveis.



Antes



4 meses depois

Figura 19 – Resultado de Cirurgia Genital de Masculino para Feminino

Há, ainda, a considerar outras cirurgias indicadas possíveis para estes casos.

No caso de Masculino para Feminino podemos ter, por exemplo, a) a feminização da face, a nível ósseo e das partes moles, eventualmente a linha capilar da fronte; b) a diminuição da “Maçã de Adão”, c) a cirurgia da voz (nos casos em que a terapia da voz não dê resultado suficiente); d) a colocação de próteses mamárias, se a hormonoterapia não foi suficiente para o aumento; e e) depilações.

No caso de Feminino para Masculino, normalmente a hormonoterapia é, por si só, suficiente para a masculinização geral do corpo, como demonstrado no exemplo acima do efeito da hormonoterapia no fenótipo de Feminino para Masculino. De facto, a hormonoterapia altera o contorno corporal devido às alterações da musculatura, da distribuição do tecido adiposo e do aumento da pilosidade geral.

Há, ainda, uma outra circunstância que pode acontecer em relação com a alteração da pilosidade. A testosterona é responsável pela calvície masculina na parte central da cabeça e isso pode acontecer em Feminino para Masculino devido à medicação indicada para estes casos, a testosterona.

## **Conclusões**

Como ficou evidente, todo o processo de diagnóstico, terapêutico, médico e cirúrgico é demorado e nas cirurgias há sempre a possibilidade de surgirem complicações inesperadas. Assim, durante todo o processo cirúrgico de transformação corporal é importante o apoio do psiquiatra e do psicólogo, que já conhecem bem o doente com disforia de género desde o período de diagnóstico. Mas o cirurgião tem de estar sempre atento e preparado para detetar qualquer sinal de perigo de suicídio ou outro devido a complicações cirúrgicas ou outras. De facto, o cirurgião é quem está na fase cirúrgica mais perto do ou da doente, está na “linha da frente” dos acontecimentos, tem de mostrar sempre que tem, e tem que ter, soluções para as complicações que possam surgir em processos cirúrgicos complexos como estes.

Todos os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e mesmo auxiliares de ação médica que nesta fase estão mais perto da pessoa que está no processo cirúrgico têm de estar atentos a qualquer sinal de ideias suicidas, pois a percentagem de suicídios nesta população é maior do que no resto da população. É terrivelmente triste tomarmos conhecimento de situações em que há doentes destes que são sujeitos a *bullying* por parte da família, de conhecidos e até de amigos que o fazem por desconhecimento do que é a

transexualidade e a disforia de género que esta provoca. Já pude evitar um suicídio *in extremis* num caso destes de *bullying* familiar. Devemos fazer tudo para esclarecer toda a gente sobre o que é a transexualidade e a disforia de género que esta provoca.

Os transexuais há anos atrás, quando havia um grande desconhecimento geral do que era a transexualidade, apresentavam um índice de suicídios superior ao da população em geral. De facto, não viam saída para o seu problema e eram mal-entendidos pela população em geral que desconhecia a sua situação. Quando digo a população em geral, refiro-me também a profissionais de Saúde e às próprias Autoridades e Políticos.

Assim, os transexuais viam no suicídio a única resolução do seu problema.

Depois a transexualidade começou a ser mais conhecida e surgiram as primeiras consultas de sexologia para onde eram encaminhadas estas pessoas. Os transexuais sentiam nas consultas multidisciplinares de Sexologia Clínica, com o acompanhamento de psiquiatras, psicólogos e endocrinologistas que se dedicavam à sexologia, e que entendiam a sua situação, que afinal o seu problema começava a ter resolução. Foi nessa altura que o índice de suicídios dos transexuais se aproximou praticamente ao da população em geral.

Infelizmente, depois de 2010, as cirurgias no Sistema Nacional de Saúde, que até aí eram só feitas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Santa Maria, terminaram por o poder político (tanto os Governos do PSD como do PS) não mostrar, na altura, qualquer interesse em resolver o problema. Mais tarde, um Governo do PS criou uma Unidade Pública para estas cirurgia, a URGUS, em Coimbra. Esta unidade, a URGUS, passou à categoria de Centro de Referência pela mão de um Governo PS, com o apoio explícito de várias organizações, como a ILGA, a AMPLOS, o Bastonário da Ordem dos Médicos Dr. José Miguel Ribeiro de Castro Guimarães e várias organizações e ativistas. Entretanto, o Hospital de Jesus mostrou interesse em manter o serviço que iniciei lá, em 2007, e onde até hoje tenho mantido as cirurgias de mudança de sexo. Neste momento, o Hospital de Jesus é já conhecido internacionalmente para este tipo de cirurgias, pela qualidade dos resultados e pelo bom ambiente hospitalar e atendimento que os doentes elogiam. Há que ter sempre em mente que, por vezes, um simples revés, se não mostrarmos imediatamente capacidade para o resolver, é o suficiente para provocar a calamidade que todos não queremos e que é a perda de uma vida, um suicídio.

## Referências

- Benjamin, H. (1966/1999) *The Transsexual Phenomenon*. Symposium Publishing.
- Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96, 253-264.
- World Health Organization (2022). *The International Classification of Diseases*. ICD-10 F64 (*Transexualidade / Disforia de Género*).
- World Professional Association for Transgender Health (2001). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. WPATH.

# SABERES DA SOCIEDADE CIVIL



# Capítulo 15

## **Combater estigmas e preconceitos: a caracterização do envelhecimento LGBTI+**

Tiago Baeta & Helder Bértolo

**Resumo:**

Há 49 anos, a defesa dos Direitos de pessoas LGBTI+ assistiu a uma forte aceleração, a partir da qual foram sendo alcançadas etapas muito relevantes. Foi em 1973, quatro anos após as revoltas de *Stonewall*, que a Associação Psiquiátrica Americana (APA) procedeu à votação para retirar a «Homossexualidade Ego-sintónica» do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) (Rubinstein, 1995). Embora tenhamos também conquistado grandes resultados no contexto LGBTI+ português, poucos estudos se focam na vertente do envelhecimento da população LGBTI+. As pessoas que pertencem às gerações *Baby Boomer* e *X* encontram-se também num cenário nunca antes experienciado: a chegada à terceira idade, numa época em que os Direitos LGBTI+ ganharam uma importância significativamente maior que no final do milénio anterior. No entanto, é necessário avaliar a qualidade de vida e a dinâmica de vivência destas pessoas, uma vez que grande parte das suas vidas decorreu num período em que a sociedade heterossexista e cisgénera as normalizou segundo padrões e normas consideradas adequadas, relativamente à identidade e expressão de género e à orientação sexual. Desta forma, a Opus Diversidades desenvolveu em 2016 um projeto intitulado «Envelhecer Fora do Armário», com o apoio da Câmara Municipal de Lisboa, que estabeleceu as bases e demonstrou a necessidade para o estudo da população LGBTI+ sénior em Portugal. Os resultados deste projeto, conduziram ao desenvolvimento e execução de outro projeto em 2017/2018 denominado «LGBT Seniores: Contrariar Tendências, Eliminar Estigmas», com igual apoio da Câmara Municipal de Lisboa e com produção de um relatório, da autoria de Ricardo Loureiro, com o objetivo de identificar défices do envelhecimento LGBTI+, aprofundando os conhecimentos nesta temática já adquiridos anteriormente, e tomando como ponto de partida a população LGBTI+ sénior do Município de Lisboa. Neste breve capítulo, iremos enunciar as principais questões do envelhecimento LGBTI+, as conclusões dos projetos desenvolvidos – uma vez que se entrecruzam – e compararemos as mesmas relativamente à bibliografia existente, para, de forma integrativa, assentar pilares essenciais para intervenções práticas positivas junto desta população, tentando propor pontos de partida para combater as vicissitudes de se envelhecer enquanto LGBTI+.

## Introdução

Apesar de se definir como plural, na sociedade atual ainda persiste o conceito de que o género é inato e não fruto de construções sociais: uma notação que remete cada pessoa para papéis/estereótipos específicos, consoante o seu sexo biológico, identidade, expressão de género e características sexuais. Estes papéis estereotipados servem como base ideológica à heteronormatividade, ao patriarcado, ao sexismo e à LGBTI+fobia, impondo normas assentes num eixo masculino-feminino (Cislaghi & Heise, 2020), renegando e invisibilizando qualquer pessoa que se afaste deste eixo de acordo com critérios puramente biológicos e qualitativos/visuais.

A compreensão de como as gerações mais seniores da nossa sociedade experienciaram a evolução dos papéis sociais de género desde o milénio anterior, com os movimentos feministas, e como isso influenciou a sua dinâmica e vivência, permite determinar o impacto que os comportamentos heterossexistas da sociedade podem ter no envelhecimento de pessoas LGBTI+: na sua saúde física e mental e a diversos outros níveis como o socioeconómico. Acima de tudo, permite detalhar estratégias para melhor compreender e auxiliar as gerações futuras aquando do seu processo de envelhecimento. Mas o que é considerado como «envelhecer»?

Podemos caracterizar o envelhecimento como um processo interseccional, que cruza diferentes perspetivas: (1) a biológica, onde o envelhecimento é aferido pela idade biológica do corpo humano e das suas capacidades fisiológicas; (2) a social, que remete para a integração, o desempenho de papéis sociais e a interação individual e/ou coletiva; (3) e a psicológica, relativamente à alteração das capacidades psíquicas de cada pessoa (Scott F Gilbert, 2000).

À medida que as pessoas envelhecem, enfrentam uma combinação de problemas físicos, emocionais e materiais com os quais pode ser difícil lidar. Este leque de situações pode variar consoante a paisagem socioeconómica e consoante a situação geopolítica em que determinada comunidade e pessoa se encontra (Fredriksen Goldsen & de Vries, 2019). Uma das principais preocupações das pessoas seniores é manter a independência, liberdade de movimentos e a possibilidade de participar de acordo com os seus interesses e potencialidades no mundo social (Wang et al., 2019). Apesar da criação de mecanismos sociais, que visam a inclusão da pessoa sénior na esfera social, o combate à solidão e a promoção de um envelhecimento ativo, a população sénior das sociedades modernas

ocidentais continua a sofrer de inúmeras dificuldades, em especial no que se refere ao isolamento social, ao qual é muitas vezes remetida. Em grande medida, são dificuldades decorrentes da nossa ignorância sobre o envelhecimento, coisa que se banalizou apenas recentemente e nas sociedades mais desenvolvidas no campo da saúde. Tendo em atenção os problemas e as limitações que as pessoas seniores de uma maneira geral enfrentam, o que dizer sobre as dificuldades específicas com que se deparam as pessoas seniores LGBTI+?

Apesar dos avanços significativos na luta contra as discriminações, justificadas pela orientação sexual das vítimas, as políticas sociais dirigidas a seniores não têm geralmente em conta as especificidades das experiências de vida LGBTI+ e os constrangimentos criados pela continuação das referências culturais heterossexistas, que não contemplam as especificidades subjetivas e identitárias de pessoas LGBTI+ (Lytle et al., 2018), e revitimizam-nas quando estas envelhecem e necessitam de novas formas de solidariedade entre pares e intergeracional.

Diversos estudos apontam para a problemática da solidão na população sénior, quando não foi estabelecido um núcleo de suporte ou um núcleo familiar duradouro ao longo das suas vidas. Pensa-se que, em 2011, a população LGBTI+ sénior nos EUA tinha duas vezes mais probabilidade de viver sozinha, em comparação com a população sénior não-LGBTI+ (Yang et al., 2018); também nos EUA, em 2013, apenas 37% de pessoas LGBTI+ adultas tinham tido descendentes em alguma altura das suas vidas (Gates, 2013). Estes cenários, que terão diferentes explicações e variáveis acopladas, contrastam fortemente com a realidade da população sénior heterossexual, na qual 90% têm filhos (dados do mesmo estudo). À semelhança do que se verifica com outros fenómenos que envolvem a população LGBTI+, também com o envelhecimento, as pesquisas efetuadas e os projetos desenvolvidos são escassos, insuficientes e fortemente impactados pela forma como são construídos, como são realizadas as amostragens na população e como são interpretados e extrapolados os seus resultados.

As pessoas seniores LGBTI+ estão marcadas pelo silêncio e pelo duplo estigma. Se, por um lado, integram uma faixa etária onde experienciam alguma perda de estatuto, devido à desvalorização social a que a sociedade remete a população sénior, por outro lado, as pessoas seniores LGBTI+ sofrem de uma maior discriminação em função da sua orientação sexual, identidade e expressão de género, comparativamente com pessoas

LGBTI+ mais jovens. Curiosamente, esta discriminação provém também de pessoas LGBTI+ mais jovens, que, frequentemente, rotulam seniores LGBTI+ de forma humilhante, fazendo com que essa parte da população se sinta diminuída. Situação que ocorre até mesmo no interior da comunidade LGBTI+ mais ativa socialmente, baseada, em larga medida, numa espécie de ideal de beleza e juventude. Sobre este assunto, Weeks (1983) refere:

“(…) ainda é um pouco surpreendente que se saiba tão pouco sobre os problemas enfrentados pelos homossexuais mais velhos, pois esses supostos problemas têm surgido tanto nas atitudes sociais convencionais perante a homossexualidade quanto na mitologia do próprio mundo gay. Por exemplo, há um sentimento amplamente difundido de que o mundo comercial gay, e também o mundo gay mais politizado, são muito orientados para a juventude, valorizando muito a aparência jovem e bela, a riqueza, o hedonismo complacente e o sucesso, medido através do índice de conquistas sexuais casuais. O carácter transitório de muitos encontros sexuais, por sua vez, alimenta o medo da solidão na velhice (WEEKS, 1983, p. 238).”

Outro aspeto relevante que afeta as pessoas seniores é a dificuldade no reconhecimento da existência de práticas sexuais na terceira idade, e a dificuldade na abertura à comunidade médica para procura, acesso e usufruto de cuidados de saúde (Foglia & Fredriksen-Goldsen, 2014). O que tem como consequência a quase inexistência de campanhas de prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (IST), que promovam a formação e informação da população sénior relativamente a estes perigos. Com o avanço da medicina nas últimas décadas, assistiu-se a um prolongamento da atividade sexual em idades mais avançadas e, neste sentido, a população sénior LGBTI+ é considerada como um grupo de risco elevado e vulnerável à contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e de outras IST.

Ser sénior significa, entre outras coisas, sabedoria e experiência de vida, e é fundamental não negligenciar as potencialidades da experiência e do conhecimento das pessoas seniores, independentemente da sua orientação sexual e identidade de género. No caso de pessoas seniores LGBTI+, é importante lembrar que estas atravessaram momentos determinantes na história, que influenciaram mudanças e novos estilos de vida

no contexto das experiências LGBTI+ em décadas históricas que culminaram, de certa forma, numa melhor aceitação social e visibilidade da vivência *queer*. Quer isto dizer que as pessoas seniores LGBTI+ de hoje foram pioneiras na luta contra a discriminação e o preconceito LGBTI+fóbico, e que muitos dos direitos até agora conseguidos pela comunidade LGBTI+ são devidos à sua coragem e determinação, mesmo numa altura que os «únicos» papéis sociais eram fortemente heterossexistas e cisgénero, e em que «atividades» não-heteronormativas eram fortemente perseguidas e criminalizadas.

Sabemos que, ao envelhecer, muitas pessoas seniores LGBTI+, até mesmo aquelas que assumiram e vivenciaram livremente a sua orientação sexual e identidade de género no decorrer da juventude, tendem a regressar ao armário. Receiam não ser aceites e compreendidas, tanto por pessoas que lhes são próximas, como no contexto de espaços exclusivos para seniores (centros de dia, lares, centros de saúde e outros espaços onde se encontrem), quer pela sociedade em geral. Isto leva, em muitos casos, a uma vida de solidão, vergonha e isolamento e à repressão da sua própria sexualidade (Pereira & Banerjee, 2021).

Tentaremos neste curto capítulo analisar diferentes pontos sobre as características do envelhecimento na população LGBTI+, e apresentar as conclusões dos dois projetos realizados, cujo objetivo principal foi contribuir para o preenchimento de uma lacuna há muito existente nesta área de intervenção específica, aplicado num contexto mais nacional do que apenas local, nomeadamente em Lisboa: a promoção de uma cidadania mais ativa e mais solidária entre seniores, principalmente entre pessoas LGBTI+. Tanto mais que se fala muito de envelhecimento ativo, sem, no entanto, haver uma referência focada às populações discriminadas por via da sua orientação sexual, identidade de género e características sexuais, e às especificidades das pessoas seniores destas populações, que, em muitos casos, vivem remetidas à vergonha e ao isolamento.

## **Projetos desenvolvidos pela Opus Diversidades**

### **Multivariáveis da fragilização sénior LGBTI+ - Tentar envelhecer fora do armário**

O projeto «*Envelhecer fora do Armário*» teve como objetivo analisar as diferentes variáveis que incidem sobre a população LGBT sénior, através da realização de um *Inquérito à população sénior LGBT residente no Concelho de Lisboa*, realizado entre Agosto de 2015 e Maio de 2016, incidindo sobre a população LGBT (pessoas Lésbicas,

Gays, Bissexuais e Trans) com mais de 60 anos e residente no concelho de Lisboa. O principal objetivo foi tentar compreender formas de combater o «regresso ao armário» de pessoas que merecem viver a 3ª idade de uma forma plena, sem medos, receios e ansiedades, que as anulem enquanto seres humanos, e cuja experiência de vida poderá constituir uma mais-valia e uma fonte de determinação e coragem para as camadas mais jovens, que convivem diariamente com situações de homofobia, violência doméstica e discriminação social, em função da sua orientação sexual e identidade ou expressão de género.

A população de amostragem foi recolhida através da aplicação de um questionário quantitativo, desenvolvido pela Opus Diversidades, em espaços físicos e virtuais adequados à população em estudo. No caso dos questionários em formato de papel, foram aplicados maioritariamente em espaços públicos e na sede da Associação. O questionário em formato digital foi disponibilizado para submissão no *site* da Opus Diversidades e no *site* do projeto «*Envelhecer Fora do Armário*». Em ambos os casos foi garantida a total confidencialidade das respostas das pessoas inquiridas. A recolha de dados decorreu entre agosto de 2015 e Maio de 2016. A divulgação para o recrutamento de pessoas inquiridas foi feita através de publicações regulares no Facebook, via email, chegando a todas as Juntas de Freguesia de Lisboa, a cerca de 350 Centros de Saúde, a todos as pessoas integrantes do Parlamento, entre outras instituições e entidades institucionais. Fez-se ainda uma campanha paga no Facebook, entre 7 e 21 de fevereiro de 2016, que chegou a 5128 pessoas. Foi também divulgado em diversas ações e presenças, como na *Greenfest* no Estoril, na UTAD Universidade de Trás-os-Montes, na Santa Casa da Misericórdia, no *site* da Junta de Freguesia de Arroios, entre outras.

A amostra total inquirida foi de 101 pessoas. No questionário abordado, apenas duas identidades de género responderam, sendo que se encontram relativamente equilibradas na amostragem (Figura 1).

## Identidade de Género

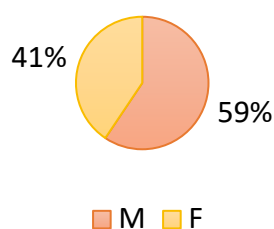


Figura 1 – Distribuição da população de amostra tendo em conta a sua identidade de género: M (masculino) e F (feminino), respetivamente representadas a laranja e amarelo.

Desta população, sensivelmente metade identifica a sua orientação sexual como Homossexual, surgindo, posteriormente, as orientações Lésbica e Bissexual menos representadas (em proporções de 1:2 e 1:4, respetivamente – Figura 2). É importante frisar a grande discrepância relativamente a pessoas inquiridas com outras orientações sexuais, identidades de género e características sexuais (3% dos inquiridos); como sejam pessoas pansexuais, demissexuais, assexuais, trans, pessoas não-binárias e intersexo. Urge integrar estas pessoas nestes estudos, de forma a identificar problemas específicos relacionados com o processo de envelhecimento inerentes às suas orientações sexuais, identidades e expressões de género e características sexuais.

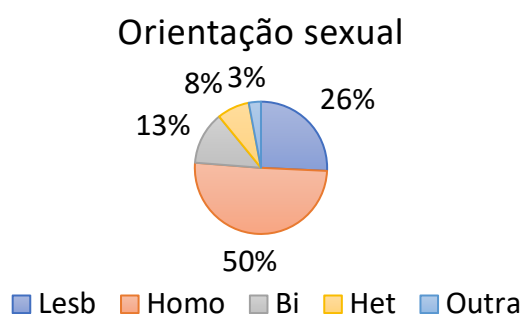


Figura 2 – Distribuição da população de amostra tendo em conta a orientação sexual: lésbica, homossexual, bissexual, heterossexual e outra, respetivamente representadas a azul, laranja, cinzento, amarelo, verde e ciano.

Mais de metade desta população (61%) encontra-se solteira, viúva, ou em processo de separação/divórcio (Figura 3), o que potencia o desenvolvimento do processo

de solidão por falta de um núcleo familiar ou de coabitação diário – quase metade desta população inquirida vivia sozinha.

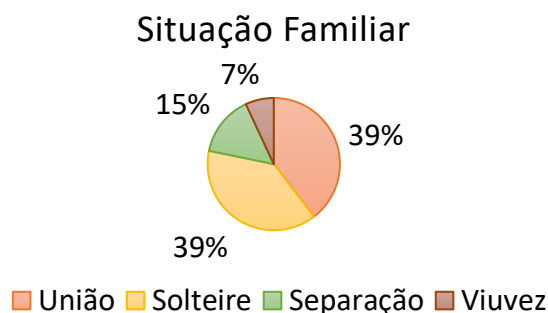


Figura 2 – Distribuição da população de amostra tendo em conta a situação familiar: em união de facto, solteire, em processo de separação/separade/divorciade, ou em situação de viuvez, respetivamente representadas a laranja, amarelo, verde e castanho.

Deve ainda ser indicado que algumas pessoas heterossexuais responderam ao questionário. E, embora não tendo peso direto na problemática referente à população LGBTI+ sénior, é de frisar que também a população heterossexual sénior enfrenta graves problemas de solidão (Donovan & Blazer, 2020).

Metade da amostragem focou-se em idades entre os 60 e 69 anos, sendo que 75% daquela não se encontrava em situação profissional ativa.

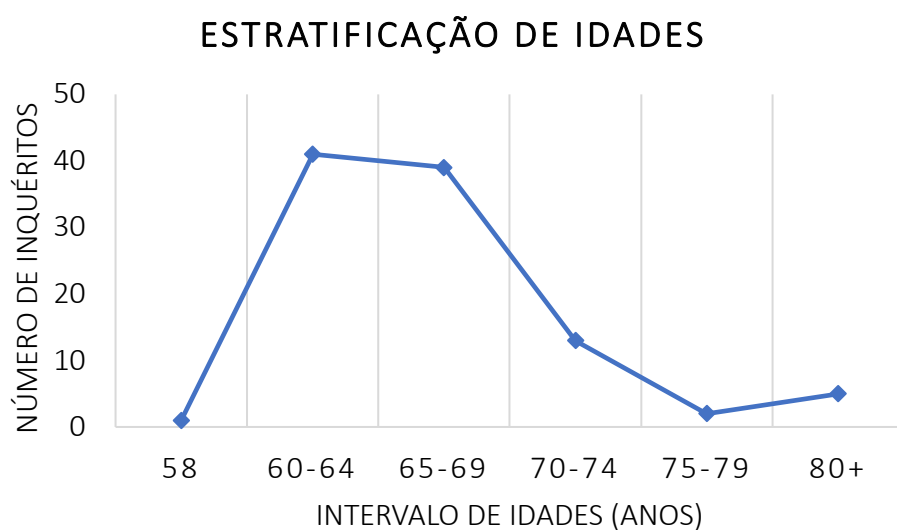


Figura 4 – Estratificação de idades das pessoas inquiridas.

É importante realçar alguns aspetos socioeconómicos, como o rendimento médio mensal e o nível de escolaridade reportados, dado serem fatores já conhecidos como tendo impacto sobre a qualidade de vida de pessoas durante o envelhecimento. De igual modo, não surpreende ser algo que afeta e condiciona ainda mais populações minoritárias e com maiores índices de discriminação (Donovan & Blazer, 2020; National Academies of Sciences, 2020). Cerca de 75% da amostragem referiu ter, pelo menos, certificado de conclusão do ensino obrigatório (12.º ano de escolaridade), certificado equivalente ou certificado de ensino superior.

Quanto ao rendimento médio mensal no período imediatamente precedente, cerca de 47% da amostragem auferia menos de 750.00€, enquanto 53% se encontrava acima deste valor (38% auferia acima de 1000.00€). Apesar de uma em cada três pessoas receber, na altura em que o inquérito foi realizado, mais do dobro do salário mínimo nacional, apenas 36% consideravam que os seus rendimentos eram suficientes para colmatar as suas despesas: 41% e 24% acharam, respetivamente, que os seus rendimentos apenas cobriam as despesas essenciais (comida, habitação, e outros bens essenciais), e que não cobriam todas as despesas essenciais. Note-se que não descartamos algum possível enviesamento da amostra pela forma como os inquéritos foram recolhidos, uma vez que se focaram exclusivamente em redes institucionais e utilizando novas tecnologias, o que inviabiliza o acesso à população sénior que não tem acesso, condições, ou conhecimentos para utilizar fluentemente as novas tecnologias.

No que se refere ao acesso a cuidados de saúde, 29% das pessoas inquiridas referem não se sentir confortáveis em abordar questões sobre a sua saúde sexual junto de pessoas profissionais de saúde, com maior prevalência junto de pessoas com identidade de género masculina. É também esta subpopulação que se autoidentifica como sendo a menos informada sobre assuntos de saúde sexual, nomeadamente questões sobre ISTs.

Quanto às redes sociais e interações, um terço das pessoas inquiridas ajudam ou prestam assistência a alguém, seja através de ações e programas de voluntariado, seja a familiares, progenitores, pessoas parceiras ou descendentes. Uma grande proporção, cerca de 80%, refere a existência de pessoas nas suas vidas que não são família de sangue, mas que funcionam como núcleo social e familiar extremamente próximo. Quando se inquiriu a população sobre as expectativas de ajuda em caso de necessidade, 98% das pessoas são da opinião que merecem algum tipo de ajuda e apoio em caso de necessidade

de qualquer cariz e independentemente da origem do apoio: pessoas parceiras (41%), família (22%), núcleo de amizade próximo (19%), ou outras origens (como apoio institucional, 11%). Cerca de 67% das pessoas foca especificamente a ideia de contar com alguém para apoio em caso de necessidade de cuidados especiais, surgindo nas respostas os mesmos tipos de fontes de apoio, mas juntando-se ainda a menção aos serviços de saúde.

É também na área da saúde mental que os resultados foram preocupantes: cerca de 70% das pessoas reconhecem a solidão como um problema grave, que surge em algumas situações, ou é sentida de forma mais constante. É, portanto, não apenas a saúde física, mas também a saúde mental, uma das questões que devem ser tidas em conta quando se analisa a problemática do envelhecimento das pessoas LGBTI+. Surge assim a necessidade de os serviços de saúde estarem informados, formados e sensibilizados para a existência e as especificidades das populações LGBTI+; algo que foi referido por 68% da amostragem e uma necessidade já identificada anteriormente em estudos de casos (Lampalzer et al., 2019). Cerca de ¼ destes últimos indicam que os serviços devem estar especificamente direcionados para atender a população LGBTI+. Três em cada quatro pessoas referem, igualmente, que se sentiriam muito mais à vontade caso os serviços tivessem sensibilidade para questões LGBTI+. Noutra dimensão, 40% das pessoas inquiridas declararam conhecer casos de discriminação contra pessoas baseadas numa reação à orientação sexual das pessoas que solicitam os serviços, enquanto 46% responderam que foram vítimas de discriminação enquanto utentes e requerentes das prestações de serviços. Esta falta de sensibilidade dos serviços de saúde para questões LGBTI+, aliada à falta de formação dos profissionais, de requalificação das infraestruturas de apoio e de disseminação comunitária de informação sobre saúde física e mental proporcionam a ocorrência de casos de preconceito e criam uma sensação de mal-estar, desconforto, nervosismo e solidão nas pessoas requerentes, algo que foi identificado em 56% das pessoas inquiridas, que referiram preferir que existissem serviços ou atividades exclusivas para seniores LGBTI+.

### **Contrariar tendências e eliminar estigmas – uma análise qualitativa**

No seguimento do projeto anterior, marcado por uma componente fortemente quantitativa, surge o projeto «*LGBT Seniores: Contrariar Tendências e Eliminar*

*Estigmas*», de cariz mais qualitativo, através da realização de entrevistas, focando-se na população sénior LGBTI+ do município de Lisboa. É de ressaltar que este trabalho contou ainda com uma parceria com a Associação para o Planeamento da Família (APF), com o seu projeto «Sexualidade Maior», destinado à população sénior, sobre as temáticas do envelhecimento, sexualidade e afetos, tocando em diversos universos da experiência do envelhecimento.

Para esta análise qualitativa, foi criado um instrumento *de novo*, para recolha de narrativas, histórias e experiências de vida, baseado em revisão bibliográfica, usando um guião de entrevista (apresentado na tabela seguinte), que se foca em oito dimensões: (1) Práticas quotidianas; (2) Representações dos desafios do envelhecimento; (3) Acessos a serviços; (4) A cidade e o envelhecimento LGBTI+; (5) Relações de sociabilidade e dinâmicas familiares; (6) Envelhecimento LGBTI+; (7) Perceção das discriminações; (8) Estratégias de resiliência; (Tabela 1). Como mecanismo de complementação, foram criados outros dois instrumentos: uma Declaração de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre, e um Inquérito por questionário, de autopreenchimento, com o objetivo de recolher informações sobre características sociodemográficas das pessoas entrevistadas.

Tabela 1

*Instrumento utilizado na realização das entrevistas no decurso do projeto, evidenciando as oito dimensões reunidas, os objetivos propostos e as questões orientadoras para salvaguardar o afastamento dos tópicos e objetivos.*

Dimensões	Objetivos	Questões Orientadoras
Introdução	1 – Apresentação do entrevistador; 2 – Enquadrar os objetivos, duração e gravação do áudio; 3 – Apresentar o consentimento informado, assiná-lo e entregar uma cópia ao entrevistado; 4 – Proceder ao preenchimento do inquérito por questionário de autopreenchimento;	

	5 – Agradecer a participação no estudo;	
Práticas quotidianas	1 – Conhecer o quotidiano	Fale-me sobre o seu dia-a-dia, como costuma ser um dia normal na sua vida?
Representações dos desafios do envelhecimento	1 – Explorar as mudanças decorrentes do envelhecimento	Sentiu que alguma coisa mudou na sua vida com o passar da idade? Onde é que sentiu maior impacto? Saúde? Amigos? Família? Financeiro?  A que atribui essa mudança?  Que impactos teve em si?
Acesso a serviços	1 – Perceber as representações e experiências no contacto/acesso a serviços (públicos, e de geriatria) 2 – Perceber se existem discriminações no acesso a serviços – idadeismo e homofobia	Na sua opinião, os serviços públicos, nomeadamente municipais, têm sensibilidade para a diversidade sexual de pessoas seniores? Porquê?  Pode dar-nos exemplos? De pessoas amigas, conhecidas ou até próprias?  Na sua opinião, os cuidados de geriatria (por ex: apoio domiciliário) e/ou lares e/ou centros de dia têm sensibilidade para a diversidade sexual? Porquê?  Pode dar-nos exemplos? De pessoas amigas, conhecidas ou até próprias?  No seu dia-a-dia sente dificuldades, pelo facto de ser uma pessoa sénior LGBTI+, junto dos serviços e/ou comércio a que se dirige?
A cidade e o envelhecimento LGBTI+	1 – Explorar as representações das dinâmicas e das práticas da e na cidade	Enquanto residente na cidade de Lisboa, considera que a cidade é sensível à diversidade sexual dos seus residentes/municípes.  Conhece e/ou participa em algumas atividades, projetos

		e/ou entidades que promovam os direitos das pessoas LGBTI+? E especificamente das pessoas seniores LGBTI+?
		Considera que o município de Lisboa possui políticas sociais públicas de combate à homofobia e ao idadismo? Conhece alguma em particular?
		Quanto tem algum desafio, com quem é que costuma contar? Qual é a sua principal rede de apoio?
Relações de sociabilidade e dinâmicas familiares	<p>1 – Conhecer a rede de apoio</p> <p>2 – Conhecer as relações sociais (familiares, amizade e vizinhança)</p> <p>3 – Explorar essas relações no passado e presente</p> <p>4 – Conhecer a periodicidade com que socializa com outras pessoas e contextos – Espaço Público versus Espaço Privado</p> <p>5 – Explorar a existência de rituais familiares, que revelem a manutenção do vínculo familiar até ao presente</p> <p>6 – Perceber o impacto da orientação e/ou identidade de género e da idade</p>	<p>Sempre foi assim na sua vida?</p> <p>Evidencia alguma diferença na rede de apoio no passado com a actual? A que atribui essa mudança? Ao território onde mora? À idade? À orientação sexual? Outro fator?</p> <p>Com quem frequência se reúne com pessoas amigas? Vizinhas? Familiares? – explorar as 3 dimensões e quais os contextos? Casa? Café? Jardim?</p> <p>Há alguma tradição/hábitos que mantenha desde a infância até aos dias de hoje? Ex: Aniversário? Natal?</p> <p>Em algum momento sentiu que o seu relacionamento familiar foi, de alguma forma, prejudicado pela sua orientação sexual e/ou identidade de género? E pela sua idade?</p>
Envelhecimento LGBTI+	<p>1 – Explorar o envelhecer LGBTI+ - desafios e situações de isolamento</p> <p>2 – Explorar se reconhece dinâmicas de “regresso ao armário”</p>	<p>Que desafios identifica no envelhecimento LGBTI+?</p> <p>Dos desafios que descreveu, quais é que já sentiu? Há alguma situação em particular que nos queira descrever?</p>

	3 – Conhecer estratégias e formas de lidar com os desafios do envelhecimento LGBTI+	<p>Que estratégias arranjou e/ou tem para lidar com esse/s desafio/s?</p> <p>Acha que a sua orientação sexual e/ou identidade de género de algum modo tem interferido no seu envelhecimento? Se sim, de que forma?</p>
Perceção das discriminações	1 – Conhecer as representações sociais e pessoais das discriminações	<p>Considera que as pessoas seniores LGBTI+ são discriminadas? Se sim, porquê?</p> <p>Conhece situações de discriminação de pessoas seniores LGBTI? Se sim, será que nos pode descrever/relatar alguma situação?</p>
	2 – Explorar a interseccionalidade	<p>Pessoalmente, já se sentiu ou sente discriminada enquanto pessoa LGBTI+ sénior? Há alguma situação em particular que nos queira descrever?</p> <p>Que estratégias arranjou para lidar com essa situação?</p>
Estratégias de resistência/resiliência	1 – Explorar estratégias de combate das discriminações	<p>Gostaria que, com base na sua experiência de vida, nos indicasse estratégias e ou ações que pense serem úteis para o combate da discriminação das pessoas seniores LGBTI+, em particular, na cidade de Lisboa.</p> <p>Gostaria de acrescentar algo?</p>
Final	<p>1 – Explorar questões que possa querer abordar</p> <p>2 – Agradecer a participação</p>	<p>Há alguma questão que gostaria de ver esclarecida? Ou fazer alguma sugestão?</p> <p>Obrigado pela sua participação e contributo. A sua experiência será importante para o desenvolvimento do nosso trabalho neste projeto e na associação.</p>

A participação das pessoas foi realizada sob compromisso de confidencialidade e anonimato, pelo que a análise de conteúdos assegurou a não identificação das mesmas. Foi também traçado um perfil de pessoa elegível para estudo: com 60 anos ou mais, tendo por base o conceito de pessoa sénior da Organização Mundial de Saúde (2002), com base na idade cronológica; que se identifique como LGBTI+; com local de residência no município de Lisboa.

A divulgação do estudo, por forma a identificar potenciais pessoas interessadas, foi realizada através de diversas vias de comunicação: pedido de colaboração, dirigido, via email, a diversas organizações, na sua maioria do sector da Economia Social; pedido de colaboração dirigido a pessoas através de pessoas intermediárias, com intervenção académica e/ou ativista sobre questões LGBTI+; convite dirigido a pessoas que cumpriam o perfil de participante definido; pedido a pessoas entrevistadas para que indicassem possíveis participantes adicionais; e através da divulgação de materiais próprios, criados no âmbito do projeto, usando tanto os canais de comunicação do projeto como os da Associação (elaboração de cartaz e folheto divulgativo).

O espaço e contexto para a realização das entrevistas foi deixado ao critério da pessoa entrevistada no momento do respetivo agendamento. Desta forma, pretendeu-se que a pessoa entrevistada pudesse definir o espaço e local, permitindo que se sentisse o mais confortável possível durante a participação, devendo apenas cumprir o requisito de ser um local calmo, para permitir a gravação áudio. As entrevistas foram realizadas a cada pessoa de forma individualizada, num espaço de diálogo aberto e flexível, procurando assegurar o bem-estar da pessoa entrevistada. Apesar de prevista inicialmente, uma das barreiras que se verificou ao longo do estudo, foi a enorme dificuldade em encontrar pessoas, com o perfil de estudo definido, interessadas em colaborar. Não obstante o forte investimento na divulgação, por toda a equipa do projeto, a falta de manifestação de interesses condicionou todo o planeamento temporal para a execução do estudo, tendo em consideração o prazo final para a sua conclusão e o indicador de resultado assumido com a autarquia. No final, foram entrevistadas apenas 15 pessoas, com os parâmetros sociodemográficos que se apresentam adiante:

A média de idades do grupo das pessoas entrevistadas é de 66 anos. A maioria encontra-se solteira, separada ou viúva e mais de metade não tem descendência. No entanto, a maioria vive acompanhada, seja por pessoas companheiras ou familiares. A

situação socioeconómica mencionada foi semelhante em termos de amostragem com a do projeto anterior; o mesmo se passou com a orientação sexual e a identidade de género.

Os contributos decorrentes dos discursos das pessoas entrevistadas e a análise correspondente não acabam com a necessidade de aprofundar continuamente o conhecimento. Nem são, por outro lado, definidores nem representativos da população sénior LGBTI+, quer a nível local ou nacional. No entanto, permitem a obtenção de elementos adicionais para reflexão, paralela e consecutiva, sobre as conclusões preliminares do projeto anterior.

A ocupação quotidiana revelou ser um fator crucial, que contribui para o envelhecimento ativo das pessoas seniores LGBTI+, permitindo o contacto com contextos e pessoas diversas, sendo, por isso, um mecanismo de combate ao isolamento durante o envelhecimento. Por outro lado, o isolamento, a solidão e a falta de socialização têm custos emocionais negativos e diretos nas pessoas que os vivenciam (Pereira & Banerjee, 2021). Desta forma, podemos concluir que o envelhecimento de pessoas seniores LGBTI+ revelou, nesta dimensão, uma dinâmica de maior vulnerabilidade e de maior probabilidade de risco. Ao nível das alterações decorrentes do envelhecimento, foram enunciadas questões relativas às alterações biológicas do corpo e consequentes impactos das mesmas na vida diária bem como na autoestima. A construção social que valoriza o corpo jovem em detrimento do corpo envelhecido, estrutura o preconceito e a internalização da opressão das pessoas seniores sobre os seus corpos, o que, no caso de seniores LGBTI+, revela uma dupla discriminação e consequentemente uma dupla internalização das opressões. Por outro lado, para algumas pessoas, o envelhecimento é percecionado como uma fase positiva da vida, revelando uma maior capacidade de concentração. No entanto, os preconceitos sobre o envelhecimento contribuem para a invisibilização das pessoas seniores, vistas como pessoas assexuadas, cujo estereótipo se torna ainda mais complexo quando se perspetiva o envelhecimento na diversidade sexual, nomeadamente de orientações sexuais não heterossexuais.

Destacamos o testemunho de uma das pessoas entrevistadas, com cerca de 60 anos, homossexual e com escoliose, que refere que a cultura do corpo idealizado e padrão é também discriminatória para as pessoas homossexuais com deficiência, em particular física, mesmo dentro das comunidades LGBTI+.

Sobre a percepção e as convicções sobre a acessibilidade a serviços, em particular públicos e relativos a cuidados de geriatria/gerontologia, foi possível aferir que existe a convicção de que não são sensíveis à diversidade, particularmente em função da orientação sexual e/ou identidade de género. Por outro lado, notou-se uma percepção do espaço público de Lisboa como um espaço, de alguma forma, aberto à pluralidade, embora em territórios mais ou menos definidos. Contudo, deve ser recordado que as experiências das pessoas entrevistadas se baseiam em grande medida num ambiente cosmopolita, como o de Lisboa, o que não permite extrapolar para realidades de pessoas LGBTI+ que habitem numa zona mais rural, tipicamente mais conservadora, estigmatizante e pouco aberta a algo diferente da norma heterossexista. Na verdade, um padrão que não é novo, tendo já sido referenciado com jovens LGBTI+ e que os impacta ao longo da vida (Garcia et al., 2020). As relações de sociabilidade, quando opcionais e não condicionadas, com pessoas amigas, familiares, companheiras, descendentes e outras, revelam ser um contributo estruturante para um envelhecimento mais saudável. É importante realçar aqui o testemunho de uma das pessoas entrevistadas: homem homossexual, que conta com o apoio da mulher e dos filhos, devido a problemas financeiros. Mas não é um apoio incondicional. Sujeito à opressão e repressão sobre a sua orientação sexual, foi obrigado a regressar ao armário.

A percepção das discriminações é uma dimensão variável, que decorre da percepção individual e distinta, de cada pessoa sobre o que é o preconceito e a discriminação. Por outro lado, a internalização das opressões é também ela um mecanismo da interpretação enviesada sobre as discriminações. Contudo, é possível aferir a percepção da existência de práticas discriminatórias.

Relativamente a estratégias de resiliência e de ação, foram recomendadas intervenções ao nível da informação, educação e formação e a criação de respostas dirigidas a pessoas LGBTI+ seniores.

Da análise de ambos os projetos que a Opus Diversidades desenvolveu, fica claro que a comunidade LGBTI+ sénior deve ser tida em conta aquando do planeamento, desenvolvimento e implementação de respostas que combatam a desinformação, o estigma, a discriminação e o isolamento social. A interseccionalidade destes diferentes níveis, por serem pessoas seniores e LGBTI+, originam um contexto significativamente

mais débil do que aquele com que os pares não-LGBTI+ se deparam (Cambridge University Press, 2022).

Segundo dados em Portugal relativos a 2017, o SAV – Serviço de Apoio à Vítima da Associação ILGA Portugal atendeu 367 pessoas. A produção do relatório «Homofobia e Transfobia – Dados da Discriminação em Portugal: 2017» (ILGA Portugal, 2017) revelou alguns dados sobre a realidade e discriminação de pessoas LGBTI+, e contou com a participação de 188 pessoas. A maioria tinha idade inferior a 45 anos e apenas cerca de 9% tinha idades compreendidas entre os 45 e os 59 anos. As pessoas com mais de 60 anos representaram apenas 3% da amostra. Das conclusões sobre a variável da idade, o relatório refere:

*«A população jovem parece continuar a apresentar-se como a camada populacional mais afetada pelas situações de discriminação, às quais acresce a sua habitual vulnerabilidade social e económica. A intervenção no sentido da prevenção parece assim de suma importância, com a necessidade de promoção de estratégias educativas e de cidadania inclusiva. Ainda que com menor representatividade, é importante uma atenção específica às vítimas com idade mais elevada, sujeitas a uma invisibilidade acrescida, maior isolamento e, muitas vezes, maior dificuldade no acesso a recursos e serviços especializados».*

É urgente consciencializar a sociedade para o facto de as pessoas LGBTI+ seniores serem invisibilizadas pelos diversos fatores até aqui discutidos, mas, também, devido à falta de acessibilidade e conhecimento de estudos e relatórios. Acresce que muitos estudos são enviesados precisamente por possuírem amostras bastante pequenas e/ou baixa representatividade sénior, o que dificulta a análise comparativa de estudos. Muitos estudos deste tipo são difundidos utilizando as novas tecnologias, que apenas recentemente começam a ser consideradas como importantes ferramentas de combate ao isolamento e à exclusão social, e que apenas em anos recentes começaram a ter maior disseminação na comunidade sénior, embora com algumas reticências reportadas em estudos de casos (Vaportzis et al., 2017; Wang et al., 2019). Pensamos que o desenvolvimento de ações de formações e de sessões de acompanhamento de pessoas seniores, usando as novas tecnologias, teria o potencial de fomentar positivamente uma

reconexão com a esfera pública, abrindo horizontes e combatendo a exclusão e o isolamento social.

### **Conclusões, perspectivas futuras e considerações**

Os nossos contributos para a temática LGBTI+ sénior não pretendem ser considerados como verdades universais, mas sim como pontos de partida para aumentar a reflexão e o debate sobre esta temática. A heterogeneidade das populações, influenciada por diversos fatores, por exemplo sócio-económico-culturais, limita a aplicação universal das conclusões. Consequentemente, é necessária prudência quando se avaliam estudos diferentes, para prevenir a influência de variáveis de confundimento. É também necessário ter em consideração o tipo de estudo realizado, a forma como foi dirigido, o modo como as amostragens são realizadas, que tipo de interpretações e extrapolações são feitas, com base nos contextos histórico-sociais das populações.

Não obstante, consideramos pertinente realçar alguns dados obtidos no nosso trabalho:

1. O combate ao isolamento social foi considerado por diversas pessoas entrevistadas no nosso projeto de 2018 como algo positivo, através do contacto com contextos e pessoas diversas, que permita o equilíbrio com custos emocionais negativos e diretos resultantes do isolamento, da solidão e da falta de socialização, contribuindo para um envelhecimento ativo. Este ponto ganha mais importância quando falamos de relações sociais com familiares, pessoas amigas e pessoas com quem existem relações amorosas e/ou afetivas. No entanto, foi relatada por uma pessoa no decurso deste projeto a existência de opressão e repressão da sua sexualidade por parte da mulher e filhos;
2. Foram mencionadas preocupações relativamente às alterações biológicas do corpo, onde a construção social valorizada do corpo jovem *versus* corpo envelhecido permite identificar que o estigma e o preconceito estão de certa forma enraizados e internalizados. Contudo, o envelhecimento foi também percecionado por algumas pessoas entrevistadas como uma fase positiva da vida;

3. A estereotipia sobre o envelhecimento invisibiliza as pessoas seniores, classificando-as como assexuadas, castrando a diversidade sexual e tendo impacto a diversos níveis, nomeadamente no recurso a serviços especializados. Relativamente aos cuidados públicos e de geriatria/gerontologia, existe a perceção de que não há grande sensibilidade à diversidade, nomeadamente à orientação sexual e/ou identidade de género;

Como podemos então descobrir estratégias que combatam o envelhecimento negativo da população LGBTI+, olhando para a experiência e observação decorrentes do nosso trabalho? Seguem alguns pontos chave:

1. Sensibilização e formação dirigida a pessoas profissionais, ao nível municipal, na área da saúde, cuidados de geriatria/gerontologia, serviços de apoio domiciliário (SAD), estruturas residenciais, centros de dia, centros de convívio, universidades sénior e serviços públicos, nomeadamente autárquicos e juntas de freguesia. Este ponto será de maior importância em meios menos cosmopolitas, onde as vivências LGBTI+ podem ser ainda alvo de forte discriminação ativa;
2. Criação e promoção de espaços plurais, promotores da diversidade sexual das pessoas seniores, que possam servir de rede de apoio/suporte e responder a diversas necessidades, em particular, dirigidos a pessoas LGBTI+ seniores em situação de isolamento/solidão;
3. Integração ao nível das políticas sociais locais e regionais e dos instrumentos criados, em particular do Plano de Desenvolvimento Social e da própria Rede Social de Lisboa, do Plano Gerontológico Municipal e do Plano Municipal para a Igualdade, de ações de combate à discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género das pessoas seniores;
4. Promoção da representatividade e contributo das pessoas seniores LGBTI+ na definição das políticas públicas de base local e regional, dirigidas à população sénior;
5. Criação e promoção de campanhas de sensibilização relativas à diversidade sexual das pessoas seniores, em particular nos espaços públicos e/ou territórios/contextos frequentados por pessoas seniores;

6. Criação e promoção de uma resposta social, sob a forma de estrutural residencial inclusiva, dirigida à população LGBTI+ sénior;

Recomendamos que futuros estudos, realizados com a população sénior LGBTI+, tenham em conta as diversas dimensões aqui mencionadas e que se concentrem em ultrapassar os pontos fracos da amostragem em pessoas LGBTI+ e, adicionalmente, seniores: o acesso à amostra, a disseminação de informação e o uso facilitado das novas tecnologias. É também urgente a interpretação correta e o desenvolvimento da compreensão do universo multifatorial que afeta esta população, sejam questões de saúde física, mental, socioeconómicas, geopolíticas, ou invisibilização da sociedade civil (Emlet, 2016). Equidade no acesso aos diversos serviços da sociedade, na economia e na vivência quotidiana são necessidades urgentes de uma população que desbravou o caminho para as populações LGBTI+ mais jovens e que não pode ser atirada de volta para o armário.

## Referências

- Cambridge University Press. (2022). *Mental health issues and discrimination among older LGBTI people*. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002671>
- Cislaghi, B., & Heise, L. (2020). Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science. *Sociology of Health and Illness*, 42(2), 407–422. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13008>
- Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1233–1244. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005>
- Emlet, C. A. (2016). Social, Economic, and Health Disparities Among LGBT Older Adults HHS Public Access. In *Generations* (Vol. 40, Issue 2).
- Foglia, M. B., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2014). Health disparities among LGBT older adults and the role of nonconscious bias. *Hastings Center Report*, 44, s40–s44. <https://doi.org/10.1002/hast.369>
- Fredriksen Goldsen, K., & de Vries, B. (2019). Global Aging With Pride: International Perspectives on LGBT Aging. In *International Journal of Aging and Human*

- Development* (Vol. 88, Issue 4, pp. 315–324). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0091415019837648>
- Garcia, J., Vargas, N., Clark, J. L., Magaña Álvarez, M., Nelons, D. A., & Parker, R. G. (2020). Social isolation and connectedness as determinants of well-being: Global evidence mapping focused on LGBTQ youth. *Global Public Health, 15*(4), 497–519. <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1682028>
- Gates, G. J. (2013). *LGBT Parenting in the United States*.
- ILGA Portugal. (2017). *Homofobia e Transfobia – Dados da Discriminação em Portugal: 2017*.
- Lampalzer, U., Behrendt, P., Dekker, A., Briken, P., & Nieder, T. O. (2019). The needs of LGBTI people regarding health care structures, prevention measures and diagnostic and treatment procedures: A qualitative study in a german metropolis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph16193547>
- Lytle, A., Apriceno, M. B., Dyar, C., & Levy, S. R. (2018). Sexual Orientation and Gender Differences in Aging Perceptions and Concerns among Older Adults. *Innovation in Aging, 2*(3). <https://doi.org/10.1093/geroni/igy036>
- National Academies of Sciences, E. and M. (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>
- Pereira, H., & Banerjee, D. (2021). Successful Aging Among Older LGBTQIA+ People: Future Research and Implications. *Frontiers in Psychiatry, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.756649>
- Rubinstein, G. (1995). The Decision to Remove Homosexuality from the DSM: Twenty Years Later". In *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY* (Vol. 49, Issue 3).
- Scott F Gilbert. (2000). *Developmental Biology* (6th Edition). Sinauer Associates, Inc.
- Vaportzis, E., Clausen, M. G., & Gow, A. J. (2017). Older adults perceptions of technology and barriers to interacting with tablet computers: A focus group study. *Frontiers in Psychology, 8*(OCT). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01687>

- Wang, S., Bolling, K., Mao, W., Reichstadt, J., Jeste, D., Kim, H. C., & Nebeker, C. (2019). Technology to support aging in place: older adults' perspectives. *Healthcare (Switzerland)*, 7(2). <https://doi.org/10.3390/healthcare7020060>
- Yang, J., Chu, Y., & Salmon, M. A. (2018). Predicting Perceived Isolation among Midlife and Older LGBT Adults: The Role of Welcoming Aging Service Providers. *Gerontologist*, 58(5), 904–912. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx092>



## Capítulo 16

### **Bullying contra Pessoas LGBTI: a importância da prevenção e da intervenção em contexto escolar**

Marina Hintze & Marta Correia

## **Resumo:**

O presente capítulo apresenta uma caracterização da violência e do *bullying* ao qual as pessoas LGBTI se encontram expostas, explorando as diferentes esferas e temáticas que constituem o fenómeno. A hetero e cisnormatividade que é retratada na cultura das instituições escolares têm-se constituído como problemáticas cada vez mais emergentes e debatidas, reforçando a necessidade da aposta em estratégias de intervenção e de combate à violência e ao *bullying* LGBTIfóbico neste contexto. Embora existam já grandes avanços, é urgente a promoção e o combate ao estigma e discriminação em função da orientação sexual, identidade e/ou expressão de género e/ou características sexuais nos contextos educativos, em prol do estabelecimento da igualdade social. É neste âmbito que destacamos e exploramos, no final do capítulo, o Projeto Gis vai à Escola.

## **Introdução**

O *bullying* é um problema social que afeta milhares de crianças e jovens em todo o mundo. Estima-se que uma em cada três crianças são vítimas de *bullying*, sobretudo em forma de violência física (UNESCO, 2019). O termo *bullying* é definido de múltiplas formas na literatura, tendo sido alvo de estudo sistemático a partir de 1970 (Olweus, 1993, 1994). Por entre traduções e conceitos, destaca-se Olweus (1994), que define *bullying* como ações negativas por parte de uma ou várias pessoas às quais a pessoa vítima está exposta, de forma repetida e ao longo do tempo. É essencial a distinção entre comportamento violento e *bullying* para o correto uso deste último. Enquanto que os comportamentos violentos não implicam uma repetição temporal dos comportamentos, no *bullying* a sistematicidade é um critério. Para além de pressupor o exercício sistemático da violência, para que seja considerado *bullying* é necessário o cumprimento de critérios como o carácter intencional (Olweus, 2013) e o desequilíbrio de poder vítima-pessoa agressora (Olweus, 2003, 2011). A sistematicidade dos comportamentos agressivos relaciona-se diretamente com a sua repetição ao longo do tempo. Por sua vez, esta repetição relaciona-se com a intencionalidade, uma vez que a repetição de comportamentos só ocorre quando são propositados (Olweus, 2013). Por fim, o desequilíbrio de poder diz respeito à desigualdade (real ou percebida) entre vítima e pessoa agressora (Olweus, 2003, 2011).

O *bullying* é, efetivamente, um fenómeno recorrente no ambiente escolar e importa reconhecer que cada pessoa aluna pode assumir diferentes papéis enquanto pessoa interveniente neste fenómeno: pessoa agressora, vítima e testemunha.

Se por um lado a pessoa agressora, identificada também como *bully* na literatura, diz respeito à pessoa que exerce a conduta violenta sobre a vítima, por outro, a vítima é caracterizada como sendo o alvo destas agressões. As vítimas podem ser classificadas, conforme a postura que adotam durante estas situações, enquanto passivas ou agressivas. Vítima passiva refere-se a vítimas que não reagem às agressões sofridas, enquanto as vítimas agressoras retalia a violência de que são alvo. De salientar que o *bullying* nem sempre é dirigido a apenas uma pessoa (Melin & Pereira, 2016; Seixas 2005).

Adicionalmente, o papel desempenhado pelas testemunhas é essencial, enquanto pessoas que assistem aos episódios de *bullying*. Mediante a sua atuação, é possível classificar as testemunhas enquanto seguidoras, apoiantes e observadoras. Assim, a testemunha seguidora integra o grupo da pessoa agressora e acompanha-a durante as agressões, com uma atitude de incentivo. Já a apoiante não integra o grupo da pessoa agressora nem a acompanha com frequência, mas incentiva a conduta agressiva quando assiste. Tal como o nome sugere, a testemunha defensora intervém a favor da vítima nas situações que observa, de forma direta ou através do apoio de uma pessoa adulta. Por fim, a observadora apenas observa as situações de *bullying*, sem incentivar ou denunciar os comportamentos, por medo das consequências ou por temer ser alvo da pessoa agressora. Habitualmente, sente culpa e vergonha por não ajudar a vítima (Fekkes, Pjipers & Verloove-Vanhorick, 2005; Neto, 2005).

O fenómeno do *bullying* pode ser classificado no que diz respeito à forma e local onde ocorre. Quanto à forma, pode definir-se enquanto direto ou indireto (Neto & Saavedra, 2003), sendo que no *bullying* direto as ações são de natureza física e/ou verbal (e.g., bater, insultar), tornando possível identificar todas as pessoas intervenientes. No *bullying* indireto, a conduta agressiva ocorre de forma indireta ou emocional (e.g., rumores) (Neto & Saavedra, 2003; João, 2008), não sendo possível a identificação da pessoa agressora.

Enquanto exemplo de *bullying* indireto, o *cyberbullying* caracteriza-se como agressões de natureza social e psicológica com recurso à Internet e às tecnologias digitais (Willard, 2005). Devido às suas características, permite o anonimato (Willard,

2005) e o reduzido risco de punição da pessoa agressora (Matos et al., 2011), que não percebe o impacto dos seus comportamentos (Wanzinack & Reis, 2015) e, por isso, mantém e perpetua os mesmos (Maidel, 2009; Willard, 2005).

O fenómeno do *bullying* pode, ainda, ser classificado conforme a natureza dos comportamentos agressivos que o constituem: físico (e.g., bater), psicológico (e.g., humilhar), sexual (e.g., toques indesejados) e social (e.g., ignorar).

Entre estas, a tipologia mais visível é a do *bullying* físico, por envolver comportamentos agressivos como empurrar, bater e danificar pertences pessoais (Fernandes & Seixas 2012).

Já o psicológico, caracteriza-se pelo desenvolvimento de sentimentos de medo e insegurança na vítima, que desencadeiam uma diminuição da autoestima (e.g. Olweus, 1993). É a tipologia de *bullying* mais frequente em contexto de sala de aula, principalmente na forma verbal (Rodriguez, 2004).

No que se refere ao *bullying* sexual, este é exercido através do contacto, físico ou verbal, não consentido ou autorizado (Arnette & Walsleben, 1998) pela vítima, com a intenção de a seduzir (Serrate, 2014), invadindo o seu espaço íntimo (Smith & Sharp, 1994).

Por fim, a tipologia de *bullying* social diz respeito essencialmente à exclusão ou não integração da vítima no grupo, através da alteração da sua imagem social (Fernandes & Seixas, 2012). É a tipologia mais comum entre jovens e é, muitas vezes, exercida através das redes sociais.

Independentemente das tipologias envolvidas, o *bullying* pode comprometer a saúde física e psicológica, causando dor, angústia e sofrimento (APAV, 2011; Maidel, 2009), o que se pode prolongar ao longo de toda a trajetória de vida, inclusive na idade adulta (Pais, 2016). Este impacto é influenciado tanto pelas agressões sofridas, como pela sua duração e intensidade (Neto, 2005), afetando várias dimensões pessoais como a dimensão física (e.g., hematomas), a psicológica (e.g., ansiedade, depressão), a social/relacional (e.g., isolamento social), entre outras (APAV, 2011).

Os impactos do *bullying* variam conforme o papel desempenhado pela pessoa interveniente, nomeadamente, vítima, pessoa agressora ou testemunha.

As investigações têm revelado que as vítimas de *bullying*, as pessoas agressoras e as pessoas testemunhas podem manifestar consequências significativas ao nível da saúde, do bem-estar emocional e da aprendizagem (Greene, 2008).

À semelhança do *bullying* com base noutras motivações, as consequências do *bullying* LGBTIfóbico manifestam-se a diversos níveis. A longo prazo são apontadas como consequências da vitimação o desenvolvimento de sentimentos de culpa, depressão e ansiedade, receio de estabelecer relações interpessoais e timidez (Adams et al., 2004). Deste modo, os efeitos do *bullying* em função da orientação sexual, identidade e/ou expressão de género e/ou características sexuais englobam, fundamentalmente, a perda de confiança, a diminuição da autoestima e do desempenho escolar, o abandono da escola (O'Higgins-Norman, 2008), o elevado risco de tentativas de suicídio, elevados níveis de depressão, suicídio, automutilação (Adams, Cox, & Dunstan, 2004; Berlan, Corliss, Field, Goodman, & Austin, 2010; Russell, 2003; Russell, Ryan, Toomey, Diaz, & Sanchez, 2011) e consumo de substâncias (Price-Feeney, Ybarra, & Mitchell, 2018).

Congruentemente, Carvalhosa, Moleiro e Sales (2009) salientaram o baixo índice de felicidade e sociabilidade evidenciado pelas pessoas vítimas nas escolas portuguesas, o baixo desempenho e rendimento escolar e a auto-imagem negativa e distorcida, apresentando uma maior disposição para se desagregarem socialmente. As vítimas tendem, assim, a manifestar maior dificuldade em estabelecer relações saudáveis com os pares, uma vez que não só sentem rejeição por parte dos mesmos, como não sentem que a instituição de ensino não as tem em consideração (Grácio, 2011). Similarmente, tendem a apresentar baixos níveis de concentração e de confiança (João, 2008) e a experienciar sentimentos de medo e solidão (Batsche & Knoff, 1994). Greene (2008) realça, ainda, que a vitimação poderá resultar na somatização, sobretudo, dores de estômago e dores de cabeça, enurese, problemas de sono, tonturas e dores musculares (Spriggs, Iannotti, Nansel, & Haynie, 2007).

Tal como as vítimas, as pessoas agressoras e testemunhas tendem a sofrer consequências físicas, emocionais e sociais a curto, médio e longo prazo, consequências estas evidenciadas a nível académico, social, emocional e legal (Lyznicki, McCaffree, & Rabinowitz, 2004).

Neste sentido, as pessoas agressoras apresentam mais propensão ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e de um nível inferior de autoestima na

idade adulta. A literatura demonstra, adicionalmente, a existência de uma relação direta entre a fase do desenvolvimento, a frequência dos comportamentos agressivos e a propensão à manifestação de comportamentos antissociais na fase adulta, ou seja, quanto mais precoce a fase do desenvolvimento e maior for a frequência destes comportamentos, maior será a propensão para desenvolverem comportamentos antissociais (Currie & World Health Organization, 2004), violentos, delinquentes e/ou criminosos (Olweus, 1997) enquanto pessoas adultas. Adicionalmente, Kaltiala-Heino, Rimpela, Rantanen e Rimpela (2000) apontam que as pessoas agressoras tendem a evidenciar um consumo excessivo e frequente de álcool e outras substâncias.

Já relativamente às pessoas testemunhas, o presenciar situações de *bullying* nas instituições escolares parece resultar no descontentamento com a escola e com o comprometimento do desempenho e desenvolvimentos académico e social das crianças e jovens (Martins & Chicote, 2009; Pearce & Thompson, 1998). As repercussões para as pessoas testemunhas podem traduzir-se em sentimentos de medo e insegurança e sintomatologia ansiogénica, mas podem também ser espelhadas através da repetição das condutas observadas, levando-as a adotar os comportamentos das pessoas agressoras (Martins & Chicote, 2009).

Em Portugal, o *bullying* não se encontra tipificado enquanto crime, apesar de ter sido feita a Proposta de Lei n.º 46/XI/2.<sup>a</sup>, em 2010, que visava a constituição do mesmo enquanto Crime de Violência Escolar, de acordo com o artigo 152º-C do Código Penal. Apesar deste fenómeno não estar previsto no Código Penal Português, alguns dos comportamentos agressivos que o constituem estão, como é o caso dos seguintes: Artigo 143.º e 145.º - Ofensa à integridade física simples e qualificada, Artigo 153.º e 155.º - Ameaça, Artigo 154.º e 155.º - Coação, Artigo 154.º A – Perseguição, Artigo 158.º - Sequestro, Artigo 170.º Importunação Sexual, Artigo 180.º e 182.º - Difamação, Artigo 181.º e 182.º - Injúria e Artigo 183.º e 184.º - Publicidade e calúnia.

A par com isto, a lei nº 51/2012 (Diário da República, 2012), responsável pelo Estatuto do Aluno e Ética Escolar, define o regime de compromisso da comunidade escolar e das famílias na formação e educação, através do estabelecimento dos direitos e deveres das pessoas alunas.

Para além dos meios de denúncia formal (i.e., Forças de Segurança Pública), em Portugal, foi criado o Observatório Nacional do *Bullying* (ObNB), uma iniciativa da

Associação Plano i, que pretende mapear o fenómeno do *bullying* através das denúncias informais efetuadas por vítimas, ex-vítimas, testemunhas e pessoas que tiveram conhecimento da vitimação. Com intuito de recolher informação sobre a ocorrência de situações de *bullying* em diversos contextos (presencialmente- no interior dos estabelecimentos de ensino e nas suas imediações- e via online), o ObNB permite a caracterização das vítimas, das pessoas agressoras e das próprias dinâmicas e consequências do *bullying*.

No ano de 2021, este Observatório recebeu 82 denúncias, a maioria por parte de pessoas testemunhas (43.9%), mais especificamente pessoas encarregadas de educação (32.9%) e familiares (14.6%) das vítimas e ex-vítimas. Distinguindo-se do panorama global, a violência psicológica apresentou-se como a mais prevalente (90,2%), seguida da social (65.9%) e da física (54.9%). Entre os motivos mais relatados para a prática do *bullying* estão o sexo (15.9%), a orientação sexual (7.3%) e a identidade de género (6.1%) (Associação Plano i, 2022).

Apesar da literatura sugerir que as características individuais (e.g., idade, aspeto físico) poderão prever os processos de vitimação de que a pessoa é alvo, é importante analisar os fatores sociais e estruturais que estão na base das desigualdades e, conseqüentemente, da violência (Pells, Portela & Espinoza, 2016). A estrutura social emerge conforme a organização da esfera política, económica e social, que cria e mantém desigualdades ao nível de oportunidades e acesso a recursos. Assim, as desigualdades sociais (e.g., questões socioeconómicas, étnicas, de género), em conjugação com características individuais da pessoa, influenciam as relações interpessoais e potenciam a sua vulnerabilidade à vitimação (Crenshaw, 1991). Com base nisto, o *bullying* parece ocorrer como consequência do estabelecimento de hierarquias sociais de poder, através do reforço das normas sociais e, conseqüentemente, da perpetuação das hierarquias de poder (Associação Plano i, 2020a).

Do ponto de vista social, é essencial compreender o *bullying* numa perspetiva de género, sendo este uma construção social que prescreve o significado associado à pertença por um determinado género. Assim, é esperado que as pessoas correspondam às normas definidas como apropriadas para o seu género, seja através de comportamentos, ações ou emoções (Swanson & Erxleben, 2016). Esta perspetiva promove a criação de estereótipos de género como ideias e crenças generalizadas em relação ao género, o que influencia e

restringe, desde muito cedo, a educação das crianças e jovens. Assim, é socialmente esperado que os rapazes sejam educados com recurso à força, como forma de afirmação do seu poder social, o que acaba por ser frequentemente reforçado. Das raparigas, por sua vez, é esperada uma atitude submissa e tolerante. No caso dos rapazes e das raparigas que não se enquadram nestes papéis, a vulnerabilidade a situações de vitimação aumenta, por transgredirem as normas sociais de masculinidade e feminilidade.

A compreensão do fenómeno do *bullying* com base no género depende, ainda, da reflexão sobre conceitos relacionados com a orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais.

A orientação sexual diz respeito ao sentimento de atração romântica, emocional e/ou sexual por outra pessoa, relacionada com o corpo ou com a identidade de género da pessoa para quem nos orientamos (Macedo, 2018).

Já a identidade de género diz respeito ao género com o qual a pessoa se identifica, independentemente do sexo atribuído à nascença (American Psychological Association, 2015).

A expressão de género refere-se à forma como a pessoa se apresenta (e.g., forma de vestir, aspeto físico, acessórios), que poderá ou não estar em conformidade com o que é socialmente expectável para a sua identidade de género (American Psychological Association, 2015).

Por fim, as características sexuais dizem respeito ao conjunto de características anatómicas e fisiológicas que permitem a atribuição biológica de um determinado sexo. No caso das pessoas intersexo, a sua anatomia e/ou fisiologia apresenta-se como ambígua e com algumas alterações (American Psychological Association, 2012), não permitindo uma atribuição dicotómica de sexo (feminino ou masculino).

A organização dicotómica e heterocisnormativa da sociedade promove a ampla representação das pessoas enquanto pertencentes exclusivamente a polos opostos que se complementam, invisibilizando a existência e as vivências de quem não se enquadra dentro destes padrões, como é o caso das pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo (LGBTI), e percebendo-as como transgressoras das normas de género (Neves et al., 2019).

Comumente associada aos fenómenos da homofobia, bifobia e transfobia (i.e., repulsa relativamente a pessoas com uma orientação não-heterossexual ou a pessoas que

não estão em conformidade com as expectativas sociais de género, compreendendo atitudes preconceituosas, comportamentos violentos, assédio ou discriminação praticada contra as mesmas) (APA, 2015; Hill & Willoughby, 2005; Orr & Baum, 2015), a vitimação experienciada por algumas pessoas jovens LGBTI surge na Literatura associadas aos conceitos de *bullying* homofóbico ou transfóbico (Caldas, Sauaia, Almeida, & Viana, 2013), *bullying* HBT (homofóbico, bifóbico e transfóbico) (Rivers, 2018) ou *bullying* baseado na *Sexual Orientation, Gender Identity and Expression* (SOGIE) (UNESCO, 2015).

O *bullying* contra pessoas LGBTI, denominado também como *bullying* LGBTIfóbico, caracteriza-se por atitudes e comportamentos agressivos (e.g., psicológicos, físicos, sexuais, sociais) direcionados a uma ou mais pessoas em função da sua orientação sexual (Oliveira, Pereira, Costa, & Nogueira, 2010; Pereira & Leal, 2002), e/ou identidade/expressão de género e/ou características sexuais ou na sua conjectura (e.g., Poteat & Espelage, 2005). Estes comportamentos tendem a associar-se aos estereótipos e normas de género aos/às quais as pessoas LGBTI (ou percebidas como tal) não correspondem, constituindo-se como transgressoras (Neves et al., 2019).

Assim como acontece com outras motivações, o *bullying* contra pessoas LGBTI envolve uma relação desigual de poder, na qual a vítima, ou as vítimas, se encontram em desvantagem, física ou de outra natureza, em relação à pessoa ou pessoas agressoras (Olweus, 2003, 2011; Osawa Vasconcelos, et. al, 2020). Para que seja considerado *bullying*, é também necessário que estes comportamentos sejam de carácter intencional e sistemático e exercidos entre pares (Olweus, 2013; Osawa Vasconcelos, et. al, 2020)

Neste sentido, a investigação existente sugere que a homofobia e o *bullying* homofóbico mostram ser um resultado direto e negativo dos estereótipos e papéis de género (O'Higgins-Norman, 2008). Segundo O'Higgins-Norman (2008), o *bullying* homofóbico pode dividir-se em dois tipos:

(a) o *bullying* subjacente ao carácter heteronormativo do ambiente e do contexto escolar relacionado com as expectativas sociais e culturais e com os papéis de género (i.e., comportamentos e atitudes considerados representativos de cada género);

(b) o *bullying* que tem por base comportamentos discriminatórios e persecutórios em relação às pessoas LGBTI.

Para além da população estudantil LGBTI, estes comportamentos de vitimização podem atingir também outras pessoas alunas heterossexuais e cisgéneras que revelem comportamentos e maneirismos não congruentes com as expetativas sociais e com os papéis de género que lhe forem impostos. Neste sentido, a vitimização através da homofobia pode alcançar todas as pessoas estudantes e fomenta um clima escolar hostil e inseguro (Carvalhosa, Moleiro, & Sales, 2009). Entre todas as repercussões derivadas da vitimação em função da orientação sexual, identidade de género e/ou expressão de género em contexto escolar, a literatura demonstra um elevado número de pessoas adultas com quadros de depressão e stress pós-traumático (Rivers, 2018)

A despeito da carência de estudos portugueses que se debruçam sobre o fenómeno do *bullying* em função da orientação sexual, identidade e/ou expressão de género, é possível referir alguns dados indicativos.

A nível nacional, Portugal contou com várias iniciativas que pretendiam mapear os fenómenos de violência com motivações LGBTIfóbicas, como é o caso do Observatório da Discriminação contra pessoas LGBTI+, desenvolvido pela ILGA Portugal (Pizmony-Lev et al., 2018) e do Projeto de Educação LGBTI (2016-2018), desenvolvido pela Rede ex-aequo (2020).

Um estudo desenvolvido por António (2020) teve como objetivo analisar a forma como o receio das pessoas alunas heterossexuais, com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, serem percecionadas como *gays* ou lésbicas influenciava e/ou condicionava as suas intenções comportamentais de ajudar as pessoas LGB vítimas de *bullying* homofóbico (i.e., “contágio social”). Os resultados alcançados revelaram que a preocupação das pessoas alunas heterossexuais em serem percecionadas como *gays* ou lésbicas se relaciona não só com um baixo nível de intenções comportamentais assertivas face a vítimas de *bullying* homofóbico, mas também com um elevado nível de atitudes e comportamentos preconceituosos em relações a pessoas LGB. De igual modo, a existência de relações de amizade com pessoas *gays* e lésbicas revelou relacionar-se com o aumento de intenções comportamentais assertivas de ajuda a pessoas vítimas de *bullying* homofóbico (António, 2020).

António e Moleiro (2015) procuraram explorar a vivência de situações de *bullying* homofóbico por pessoas alunas com uma orientação não-heterossexual. Através da participação de 211 pessoas alunas que se encontravam a frequentar entre os 7.º e 12.º

anos, concluíram que 40% das mesmas tinham sido já intimidadas, insultadas e/ou agredidas em contexto escolar em função da sua orientação sexual (real ou percebida) e 68% tinha já visto outras pessoas alunas sofrerem de *bullying* pela mesma motivação (António & Moleiro, 2015).

Os resultados do Observatório de Educação LGBT desenvolvido pela Associação Rede Ex-Aequo (2015) identificaram a adolescência e a entrada na vida adulta como as faixas etárias mais propícias à ocorrência de situações de *bullying* motivado pela orientação sexual, identidade e/ou expressão de género das pessoas vítimas. A mesma Associação é detentora do Projeto Educação LGBTI, projeto este que objetiva a disseminação de informação sobre os temas da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais entre docentes e pessoas alunas dos ciclos básicos, secundário e ensino superior. Os dados alcançados através deste Projeto revelaram que 79.2% das pessoas alunas afirmaram ter presenciado situações de discriminação, humilhação ou agressão face a outras pessoas alunas com base na sua orientação sexual, identidade e de género ou características sexuais. Por sua vez, 57% das pessoas docentes afirmaram ser habitual presenciarem situações de discriminação, humilhação ou agressão com base na orientação sexual, identidade e expressão de género ou características sexuais das pessoas alunas. Esta discrepância de percentagens entre pessoas alunas e docentes pode justificar-se com a não perceção/configuração de violência e/ou condutas agressivas por parte das pessoas docentes (Rede ex-aequo, 2020).

Alinhados com a informação já apresentada, torna-se fundamental salientar os resultados alcançados no Estudo Nacional sobre o Ambiente Escolar (ENAE) relativos ao ano letivo 2016/2017, desenvolvido pela Associação ILGA Portugal com o intuito de aceder à experiência escolar dos/as alunos/as LGBTI+ (Pizmony-Lev et al., 2018). Os resultados do ENAE permitiram concluir que o contexto escolar representa, para muitas pessoas LGBTI, um ambiente de insegurança e desconforto, retratado por condutas negativas por parte da restante comunidade escolar. De um modo geral, 36.8% relataram sentir insegurança neste contexto devido à sua orientação sexual e 27.9% devido à sua expressão de género. Esta insegurança traduz-se no absentismo escolar (15.4%) e no evitamento de espaços/áreas das instituições de ensino, nomeadamente balneários (33.6%), casas de banho (25.5%), aulas de educação física (22.2%), recintos desportivos (14.2%) e cantina ou bar da escola (13.3%). No mesmo estudo, 61.1% das pessoas

participantes ouviram comentários de teor homofóbico frequentemente, sendo que em 75,1% dos casos, estes comentários foram proferidos por membros da população estudantil. 45.7% e 35.2% das pessoas referiram ouvir de forma regular e frequente, respetivamente, comentários negativos sobre a sua expressão de género, comentários estes proferidos por pessoas colegas (66.7%). 21.6% ouviram, regular e frequentemente, comentários negativos sobre pessoas trans.

No domínio de condutas violentas, 66.7% das pessoas participantes relataram ter sido vítima de insultos com base nas características pessoais, nomeadamente a sua expressão de género (66.6%), a sua orientação sexual (55.0%) e a sua identidade de género (25.7%). 17.9% da população estudantil que participou no estudo relatou ter sido alvo de assédio físico com base, também, nas suas características pessoais, mais especificamente a sua expressão de género (17.9%), a sua orientação sexual (13.5%) e a sua identidade de género (7%). 7.7% das pessoas estudantes LGBTI afirmou, ainda, ter sido alvo de agressões físicas, 7.7% em função da sua expressão de género, 7.4% em função da sua orientação sexual e 4.4% em função da sua identidade de género. Por sua vez, a exclusão deliberada por parte de colegas afetou a grande maioria das pessoas participantes (73.6%) e 64.2% referiu, ainda, ter sido alvo de disseminação de rumores/mentiras sobre si na escola. A nível da violência sexual, 45.4% relatou ter sofrido de assédio sexual neste contexto. Aproximadamente um quarto (23.6%) das pessoas inquiridas relataram ter sido vítima de *cyberbullying*.

A nível internacional, o relatório anual “The 2019 National School Climate Survey” desenvolvido pela *Gay, Lesbian & Straight Education Network - GLSEN* (Kosciw, Clark, Truong, & Zongrone, 2020) revelou que a ocorrência de situações de *bullying* homofóbico é de elevada frequência. Este relatório contou com a participação de 16 713 pessoas alunas, com idades compreendidas entre os 13 e os 21 anos e que encontravam a frequentar entre os 6º e 12º anos de escolaridade. Os resultados alcançados revelam que 59.1% das pessoas estudantes LGBTI se sentiram inseguras na escola devido à sua orientação sexual, a grande maioria (98.8%) vivenciou situações onde a palavra “gay” foi utilizada com uma conotação negativa, cerca de metade (52.4%) relatou ter ouvido comentários homofóbicos por parte de docentes e/ou pessoal não docente, 68.7% sofreu de assédio verbal com base na orientação sexual, 58.3% de assédio sexual e 25.7% de assédio físico. Adicionalmente, os resultados salientaram que 56.6% não reportaram

as situações por receio de possíveis represálias e/ou por duvidarem da implementação de medidas face às mesmas, uma vez que no mesmo estudo 60.5% afirmaram nada ter sido feito quando outras pessoas reportaram as situações.

O relatório anual *National Transgender Discrimination* (2016) revelou que mais de 77% das pessoas participantes que eram ou foram percebidas como pessoas trans experienciaram uma ou mais experiências negativas até ao 3º ciclo do Ensino Básico, tais como ser assediada verbalmente (54%), proibição de se vestir de acordo com a sua identidade de género ou ser agredida física (24%) e/ou sexualmente. 17% das pessoas participantes abandonaram a escola devido à violência sofrida. 24% das pessoas foram assediadas verbalmente, fisicamente e/ou sexualmente no Ensino Superior (James, Herman, Rankin, Keisling, Mottet, & Anafí, 2016).

Segundo a *European Union Agency for Fundamental Rights* (FRA, 2020), a maioria (53%) das pessoas jovens LGBTI participantes (entre os 15 e os 17 anos) sofreu de discriminação em alguma área de vida, sendo esta percentagem menor para pessoas LGBTI com idade igual ou superior e a 18 anos (41%). 41% das pessoas jovens LGBTI participantes (entre os 18 e os 24 anos) oculta a sua identidade de género, orientação sexual e/ou características sexuais no contexto escolar. As pessoas participantes com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos mencionaram o contexto escolar como um contexto de assédio: 42% destas indicaram ter sofrido de assédio na escola ou universidade. Em todas as faixas etárias, 7% mencionaram ter sido assediadas pela sua identidade de género, orientação sexual e/ou características sexuais no local de trabalho.

A despeito dos resultados internacionais revelarem uma maior exposição da orientação sexual e/ou identidade de género por parte das pessoas LGBTI alunas participantes, em particular, a que Portugal diz respeito, nas faixas etárias mais novas, 28% (entre os 15 e os 17 anos) e 41% (entre os 18 e os 24 anos) das pessoas afirmaram ocultar a sua identidade de género, orientação sexual e/ou características sexuais no contexto escolar/universitário. Esta tendência poderá prender-se com a discriminação e com as situações de *bullying* a que são expostas de forma diária e contínua.

Analisando as instituições escolares enquanto espelho da cultura e sociedade, é possível identificar a presença de uma cultura hetero e cisnormativa, cultura esta espelhada nas narrativas das pessoas LGBTI sobre os seus percursos escolares (Moleiro, Pinto, Oliveira, & Santos, 2016).

De modo geral, a violência de que são alvo revê-se não só nas relações entre pares nos vários espaços físicos (ou virtuais) que constituem o contexto escolar, como pelas próprias instituições e elementos que englobam (i.e., pessoal docente e não-docente). Efetivamente, a violência com base da orientação sexual, identidade e/ou expressão de género e/ou características sexuais é, muitas vezes, perpetrada de forma invisível, silenciosa e negligenciada nos espaços escolares, por preconceito em relação aos fenómenos, falta de formação sobre as temáticas ou em termos curriculares limitados à realidade hetero e cisnormativa (Abreu, Black, Mosley, & Fedewa, 2016; Snapp, McGuire, Sinclair, Gabrion, & Russell, 2015).

Através dos discursos emitidos pelos diversos intervenientes que constituem a comunidade escolar, assiste-se a uma reprovação das orientações não-heterossexuais, identidade e/ou expressão de género não congruentes com o sexo biológico e/ou as suas características sexuais, não só sobre o formato de insulto (e.g., “bicha”), mas também através de microagressões (e.g., “a última pessoa a chegar é *gay*”) (Nadal, 2013). Por microagressões entende-se “agressões breves e vulgares sob o formato verbal, comportamental ou ambiental, intencionais ou não, que transmitam ofensas e insultos hostis, depreciativos ou negativos a membros de grupos oprimidos” (Nadal, 2008, p.23). Neste sentido, quando às pessoas trans diz respeito, é possível constatar a sua evidente necessidade de invisibilizar a sua identidade de género, não só enquanto estratégia de evitamento de possíveis situações de vitimação, bem como como um caminho para a sua integração ao contexto (Correia, 2019).

Um espaço que deveria ser caracterizado pela sua segurança e pelas relações interpessoais saudáveis entre as pessoas que o constituem, traduz-se num palco de situações de discriminação, humilhação, agressão e opressão para as pessoas alunas LGBTI. De igual modo, as pessoas adultas integrantes (i.e., pessoal docente e não-docente), pessoas estas que assumem um papel de modelo para as crianças e jovens que frequentam o espaço escolar, participam neste palco de violência, uma vez que acabam por legitimar esta conduta, não só quando a adotam (i.e., recorrem a expressões que reforçam e fomentam a discriminação em função da orientação sexual, identidade e/ou expressão de género e/ou características sexuais), mas também quando não intervêm nas situações que observam (Berry, 2018).

As pessoas estudantes LGBTI apresentam, por isso, uma legítima razão para se sentirem inseguras nas instituições de ensino: são alvo de violência nas suas diversas formas ao longo da grande parte da sua vida académica, afetando-as tanto na esfera escolar e académica, como nas restantes esferas de vida (Berry, 2018).

Neste seguimento, compreender as instituições escolares e a educação enquanto palco para a promoção e aquisição de competências pessoais e sociais torna-se fundamental (Russell & McGuire, 2008). Neste sentido, além do enriquecimento curricular enquanto foco da educação nas instituições de ensino, estas deverão também apostar na transmissão de valores de forma integrada, contínua e permanente no ato de educar, contribuindo para a construção e desenvolvimento profissional e pessoal das pessoas alunas (Chowdhury, 2018; Oliveira, 2007; Pires, 2007). Deste modo, é importante sublinhar o contexto escolar enquanto espaço de oportunidade para o contacto e compreensão da individualidade, pluralidade e diversidade (Van Leent, 2017).

Torna-se, a este ponto, pertinente mencionar os progressos no âmbito da educação portuguesa, sobretudo no que à criação da Estratégia de Educação Nacional para a Cidadania (ENEC) diz respeito. A ENEC vem privilegiar a aposta na formação humanística das pessoas alunas, com a finalidade de privilegiar a igualdade entre todas as pessoas, de promover o respeito pelos Direitos Humanos e de fomentar valores democráticos nas instituições escolares (Monteiro et al., 2017).

Efetivamente, a Literatura comprova a importância e a influência de ambientes e contextos escolares menos hostis e mais igualitários na existência de percursos escolares positivos e vantajosos para as pessoas LGBTI (Garvey, Squire, Stachler, & Rankin, 2018; Mathies et al., 2019; Woodford & Kulick, 2014). Dos resultados obtidos por Kosciw, Clark, Truong e Zongrone (2020), é de salientar que instituições escolares com programas e currículos com abordagens positivas em relação a estas temáticas, evidenciaram menores números de ocorrências de comentários negativos direcionados a colegas em função da sua orientação sexual, identidade e/ou expressão de género e/ou características sexuais. De igual forma, as pessoas LGBTI alunas participantes evidenciaram um maior sentimento de segurança no contexto escolar, um decréscimo no absentismo escolar, uma melhoria do desempenho e resultados académicos, e um aumento da probabilidade de frequentarem o Ensino Superior. Também o Estudo Nacional sobre o Ambiente Escolar da ILGA Portugal (Pizmony-Lev et al., 2018) revelou que, para as pessoas LGBTI, o

sentimento de segurança e de pertença à comunidade escolar tende a ser mais elevado em instituições escolares que incluem as temáticas da orientação sexual, expressão e identidade de género e características sexuais nas suas atividades. Estas evidências reforçam a necessidade de se investir em estratégias de intervenção e de combate à homofobia e à transfobia neste contexto específico, de modo a potenciar um ambiente escolar inclusivo e atento às especificidades destas populações.

Desta forma, dada a importância de se atuar a partir de uma perspetiva promocional e preventiva e de incluir as temáticas abordadas ao longo deste capítulo nas instituições escolares, torna-se indispensável mencionar o Projeto Gis vai à Escola. O Gis vai à escola foi um projeto desenvolvido e implementado pela Associação Plano i, no âmbito do financiamento de Apoio Técnico e Financeiro da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género às Organizações Não-Governamentais (ONG's).

A Associação Plano i é uma associação não governamental, com estatuto de IPSS, sediada no Porto, que procura dar resposta a um amplo conjunto de questões sociais, na promoção da igualdade. Relativamente às matérias LGBTI, a Associação Plano i é pioneira em Portugal, pelo que conta com equipas multidisciplinares de profissionais, especialistas na área, com envolvimento na execução de projetos como o Gis vai à escola, o Centro Gis-Centro de Respostas às Populações LGBTI, a Casa Arco-íris, o Plano 3C, o ÍRIS e, mais recentemente, o Espaço LIV(R)E.

Executado no decorrer dos anos de 2020 e 2021, o Gis vai à escola pretendeu promover o conhecimento sobre as questões LGBTI e disseminar materiais informativos e educativos em prol da prevenção do *bullying* LGBTIfóbico (Associação Plano i, 2020b).

Com a implementação do Gis vai à escola foi possível a realização de diversas atividades como o desenvolvimento de ações de informação e formação sobre questões LGBTI nas escolas de 2.º e 3.º ciclos e profissionais do Concelho de Matosinhos e a elaboração de kits educativos, relacionados com o *bullying* contra pessoas LGBTI, direcionados e adaptados ao ensino pré-escolar, 1.º, 2.º e 3.º ciclos, ensino secundário e profissional (Associação Plano i, 2020b).

O carácter inovador deste projeto encontrava-se intimamente relacionado com a abordagem singular em contexto escolar, com recurso à unidade móvel, única do País com as suas características, e com o facto de não existirem, até à data do lançamento

destes materiais, recursos estruturados e organizados enquanto ferramenta educativa de prevenção e combate ao *bullying* contra pessoas LGBTI (Associação Plano i, 2020b).

Através da realização de 36 ações de informação/formação dirigidas a pessoas alunas e respetivas pessoas docentes e 2 ações de capacitação de públicos estratégicos, foi promovida a igualdade de género, pela sua reconhecida importância na promoção dos Direitos Humanos (Associação Plano i, 2020b).

Foram, ainda, realizadas 3 campanhas de sensibilização que consistiram essencialmente na divulgação de material informativo sobre questões LGBTI e na apresentação e esclarecimento acerca do funcionamento da unidade móvel e do Centro Gis. Estas campanhas de sensibilização objetivaram consciencializar o público geral e as comunidades escolares para a não patologização das orientações sexuais e identidades de género designadas socialmente como não normativas, através da disseminação de panfletos informativos referentes a estas temáticas. Realça-se, ainda, a pertinência desta abordagem, já que a informação que é amplamente disseminada tende a um viés heterocisnormativo, quer seja em livros, filmes, músicas, conversas com amigos/as e até mesmo nas declarações de membros dos órgãos do poder (e.g., profissionais da política ou dos tribunais) e de profissionais de saúde (e.g., profissionais da psicologia) (Macedo, 2018; Moita, 2006), promovendo o estigma social e a sua perpetuação.

No que concerne aos kits de prevenção e combate ao *bullying* contra pessoas LGBTI, desenvolveram-se seis conjuntos de educativos para intervenção em contexto escolar. Cada um destes conjuntos foi desenvolvido e adaptado para cada grau de ensino (Pré-escolar, 1.º ciclo, 2.º ciclo, 3.º ciclo, Secundário e Profissional), tendo como base orientações especializadas para o desenvolvimento integrado e global das questões da cidadania e da igualdade.

Todos os conteúdos abordados nos programas que constituem estes kits educativos tiveram como base as linhas orientadoras da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação, Portugal + Igual (2018-2030), nomeadamente, no Plano de Ação para o Combate à Discriminação em razão da Orientação Sexual, Identidade e Expressão de Género, e Características Sexuais e na Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania.

Além destas linhas orientadoras, os conteúdos foram definidos de acordo com o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar (Lei n.º 60/2009, regulamentada

pela Portaria n.º 196-A/2010), que prevê as matérias respeitantes à educação para a saúde e educação sexual nos diversos ciclos de estudos. Tendo isto em conta, todos os materiais e temas foram adaptados às necessidades correspondentes à faixa etária e à etapa desenvolvimental de cada ciclo de estudos.

Os programas desenvolvidos consistem num conjunto de sete sessões, com o recurso a materiais didáticos e atividades dinâmicas que incentivam à partilha e à reflexão acerca dos diversos temas.

Nos kits pedagógicos do Ensino Pré-escolar e 1.º ciclo foram abordados temas como as relações interpessoais, os Direitos Humanos, a comunicação positiva, a igualdade de género, a regulação emocional e a resolução de problemas. No 2.º ciclo tratam-se as relações interpessoais, o género e a igualdade, o insulto, o *bullying*, a regulação emocional e a autoestima. No 3.º ciclo são desenvolvidas as temáticas do insulto, *bullying*, igualdade de género, orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais, regulação emocional e resolução de problemas. Já no Ensino Secundário e Profissional abordou-se a orientação sexual, a identidade e a expressão de género e as características sexuais, a diversidade, a igualdade de género, o *bullying*, a regulação emocional e resolução de problemas (Associação Plano i, 2020b).

De forma a adaptar os materiais ao contexto de terreno, foi realizada a implementação em 3 escolas, com a participação de 65 pessoas alunas e respetivas pessoas docentes das turmas (Associação Plano i, 2020b).

De realçar que parte deste projeto foi desenvolvido e implementado durante o período pandémico marcado pela COVID-19, limitando e condicionando a intervenção em escolas. A par com isto, algumas das escolas contactadas para a implementação recusaram a proposta devido a serem abordadas questões LGBTI, entendidas como não adequadas, apesar das evidências e orientações nacionais e internacionais que recomendam a abordagem destas temáticas (e.g., Lei n.º 60/2009, regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010).

O sucesso deste projeto refletiu-se, essencialmente, nos ganhos que foram referenciados pelas pessoas participantes, pela oportunidade de estabelecer espaços de reflexão, de aprendizagem e de partilha relevantes nas várias vertentes do projeto. Além do mais, foram realizados diversos pedidos de aquisição dos kits educativos por parte de

instituições de ensino, pessoas encarregadas de educação e de entidades públicas e privadas.

A eficácia deste projeto é sustentada pelo trabalho que tem sido desenvolvido pela Associação Plano i em prol da promoção dos Direitos Humanos e, em específico, das pessoas LGBTI. São iniciativas como esta, aliadas aos avanços legais reconhecidos em Portugal ao longo dos últimos anos, que permitem a promoção e o combate ao estigma e discriminação com base na identidade e expressão de género, orientação sexual e características sexuais. Apesar dos notórios avanços, é necessário, ainda, um longo percurso em prol do estabelecimento da igualdade social.

O presente capítulo teve como principal objetivo dar a conhecer um projeto singular em Portugal na prevenção e intervenção do *bullying* contra pessoas LGBTI, o “Gis vai à escola”. Reconhecendo a importância e a necessidade da criação de momentos de sensibilização e formação, além da elaboração de materiais pedagógicos, para uma intervenção de êxito no âmbito deste tipo de violência (Duque & Teixeira, 2016), o “Gis vai à escola” mostrou-se como um projeto de intervenção integrada com a comunidade escolar.

A elaboração dos materiais e a disponibilização gratuita dos *kits* pedagógicos por várias escolas e entidades do país permitirão abranger um maior número de pessoas, através da disseminação de conhecimento e do propósito que norteia este projeto, a promoção da diversidade humana.

## Referências

- Abreu, R. L., Black, W. W., Mosley, D. V., & Fedewa, A. L. (2016). LGBTQ Youth Bullying Experiences in Schools: The Role of School Counselors Within a System of Oppression. *Journal of Creativity in Mental Health, 11*(3-4), 325–342. doi:10.1080/15401383.2016.1214092
- Adams, N., Cox, T., & Dunstan, L. (2004). ‘I Am the Hate that Dare Not Speak its Name’: Dealing with homophobia in secondary schools. *Educational Psychology in Practice, 20*, 3. doi:10.1080/0266736042000251826.
- American Psychological Association (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist, 67*(1), 10-42.

- American Psychological Association (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. doi: 10.1037/a0039906. <https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>
- António, R. (2020). *Homophobic bullying: intergroup factors and bystanders' behavioral intentions*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).
- António, R., & Moleiro, C. (2015). Social and parental support as moderators of the effects of homophobic bullying on psychological distress in youth. *Psychology in the Schools*, 52(8), 729-742. <http://doi.org/10.1002/pits.21856>
- Arnette, J., & Walsleben, M. (1998). *Combating Fear and Restoring Safety in Schools*. *Juvenile Justice Bulletin*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED420121.pdf>
- Associação Plano i (2020a). *"Plano B - Programa de Prevenção do Bullying": Manual para a Educação de Pares*. Porto: Associação Plano i.
- Associação Plano i (2020b). *Relatório de execução física do projeto "Gis vai à escola"*. Porto: Associação Plano i.
- Associação Plano i (2022). *Observatório Nacional do Bullying - Resultados de 2021*. [https://drive.google.com/file/d/1eKtSWjqynASDqfp4PUAXwBFE\\_6z-w6eG/view](https://drive.google.com/file/d/1eKtSWjqynASDqfp4PUAXwBFE_6z-w6eG/view)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV.
- Batsche, G. M., & Knoff, H. M. (1994). Bullies and their victims: understanding a pervasive problem in the schools. *School Psychological Review*, 23, 165-175.
- Berlan, E. D., Corliss, H. L., Field, A. E., Goodman, E., & Austin, S. B. (2010). Sexual orientation and bullying among adolescents in the growing up today study. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 366-371.
- Berry, Keith (2018). LGBT bullying in school: a troubling relational story. *Communication Education*, 67(4), 502–513. doi:10.1080/03634523.2018.1506137
- Caldas, J., da Silva, A., Sauaia, S., Almeida, L., & da Silva Viana, L. (2013). Práticas homófobas e transfóbicas nas escolas portuguesas. In *Atas do XII Congresso*

*Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho.

Carvalhosa, S. F., Moleiro, C., & Sales, C. (2009). A situação do bullying nas escolas portuguesas. *Interacções*, 5(13). <https://doi.org/10.25755/int.400>

Carvalhosa, S., Moleiro, C., & Sales, C. (2009). A situação do bullying nas escolas portuguesas. *Interacções*, 13, 125-146.

Chowdhury, M. (2018). Emphasizing morals, values, ethics, and character education in science education and science teaching. *The Malaysian Online Journal of Educational Sciences*, 4(2), 1-16.

Correia, M. (2019). “*Eu quero ser eu sem condições*”: *A Gestão da Visibilidade da Identidade de Pessoas Trans em Contexto Escolar*. Dissertação de Mestrado não publicada. Porto, Instituto Universitário da Maia, Portugal.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6). <https://doi.org/10.2307/1229039>

Currie, C., & World Health Organization. (2004). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*.

Duque, E., & Teixido, J. (2016). Bullying y Género. Prevención desde la Organización Escolar. *REMIE – Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 6(2), 176-204. doi:10.17583/remie.2016.2108

Fekkes, M., Pijpers, F. I. M., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2005). Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers, and parents in bullying behavior. *Health Education Research*, 20(1). doi: 10.1093/her/cyg100

Fernandes, L., & Seixas, S. (2012). *Plano bullying: Como apagar o bullying da escola*. Lisboa: Plátano Editora.

FRA (2020). *A long way to go for LGBTI equality*. [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf)

Garvey, J. C., Squire, D. D., Stachler, B., & Rankin, S. (2018). The impact of campus climate on queer-spectrum student academic success. *Journal of LGBT Youth*, 15(2), 89–105. doi:10.1080/19361653.2018.1429978

- Grácio, J. I. M. (2011). *Bullying: novo? crime de violência escolar*. Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Greene, M.B. (2008). Reducing violence in schools: School-based curricular programs and school climate. *The Prevention Researcher*, 15, 1–16.
- Hill, D. B., & Willoughby, B. L. B. (2005). The Development and Validation of the Genderism and Transphobia Scale. *Sex Roles*, 53(7-8), 531–544. doi:10.1007/s11199-005-7140-x
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.
- João, A. L. (2008). Bullying: comportamento agressivo entre pares a nível escolar. *Revista de Psicologia*, 1, 133-140.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school — an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23 (6), 661-674.
- Kosciw, J. G., Clark, C. M., Truong, N. L., & Zongrone, A. D. (2020). *The 2019 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools*. New York: GLSEN.)
- Lei n.º 51/2012 (2012, setembro, 05). *Diário da República n.º 172/2012 – Série I*. Assembleia da República. <https://dre.pt/application/conteudo/174840>.
- Lyznicki, J. M., McCaffree, M. A., & Rabinowitz, C. B. (2004). Childhood bullying: implications for physicians. *Am Fam Physician*, 70, 1723-8. American Medical Association: Chicago, Illinois.
- Macedo, A. (2018). *Identidade de género e orientação sexual na prática clínica*. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maidel, S. (2009). Cyberbullying: um novo risco advindo das tecnologias digitais. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, (2).
- Martins, M. S. A. & Chicote, I. P. M. (2009). Bullying: o pesadelo das escolas. *Nucleus*, 6(2).
- Mathies, N., Coleman, T., McKie, R. M., Woodford, M. R., Courtice, E. L., Travers, R., & Renn, K. A. (2019). Hearing “that’s so gay” and “no homo” on academic

- outcomes for LGBTQ + college students. *Journal of LGBT Youth*, 16(3), 255–277.  
doi:10.1080/19361653.2019.1571981
- Matos, A., Pessoa, T., Amado, J., & Jäger, T. (2011). Agir contra o cyberbullying – Manual de formação. *Literacia, Media e Cidadania*, 183-196.
- Melin, F. M. O., & Pereira, B. (2016). Perfis dos intervenientes no bullying escolar: atitudes e comportamentos na agressão entre pares. In B. Pereira, A. J. G. Barbosa, & L. M. Lourenço (Eds.), *Estudos sobre bullying: família, escola e atores* (pp. 179-209). Curitiba: CRV.
- Moita, G. (2006). A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 76, 53-72
- Moleiro, C., Pinto, N., Oliveira, J. M. D., & Santos, M. H. (2016). *Violência doméstica: boas práticas no apoio a vítimas LGBTQ: guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Monteiro, R., Ucha, L., Alvarez, T., Milagre, C., Neves, M. J., Silva, M., ... & Macedo, E. (2017). *Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania (ENEC)*. [http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs\\_referencia/estrategia\\_cidadania\\_original.pdf](http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/estrategia_cidadania_original.pdf)
- Nadal, K. L. (2008). Preventing racial, ethnic, gender, sexual minority, disability, and religious microaggressions: Recommendations for promoting positive mental health. *Prevention in Counseling Psychology: Theory, Research, Practice and Training*, 2, 22–27.
- Nadal, K. L. (2013). *That's so gay! Microaggressions and the lesbian, gay, bisexual, and transgender community*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Neto, A. A. L. (2005). Bullying-aggressive behavior among students. *Jornal de Pediatria*, 81(5), S164-S172
- Neto, A. A. L., & Saavedra, L. H. (2003). Diga não para o bullying: programa redução do comportamento agressivo entre estudantes. In *Diga não para o bullying: programa redução do comportamento agressivo entre estudantes* (pp. 128-128).
- Neves, S., Borges, J., Silva, E., Vieira, C., & Sousa, R. (2019). Bullying homofóbico: Crenças e práticas de estudantes do Ensino Superior em Portugal. *Psicologia*, 33(2), 47-59. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v33i2.1460>

- O'Higgins -Norman (2008). Equality in the provision of social, personal and health education in the Republic of Ireland: the case of homophobic bullying? *Pastoral Care in Education*, 26, 2, 69-81.
- O'Higgins-Norman, J. (2008). Equality in the provision of social, personal and health education in the Republic of Ireland: the case of homophobic bullying?. *Pastoral Care in Education*, 26(2), 69-81. doi: 10.1080/02643940802062568
- Oliveira, J. H. B. (2007). *Psicologia da Educação* (2ªEd.). Porto: Legis Editora.
- Oliveira, J. M., Pereira, M., Costa, C., & Nogueira, C. (2010). Pessoas LGBT – identidades e discriminação. In J. M. Oliveira & C. Nogueira, C. (Org.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp. 149- 210). Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school. What we know and what we can do*. Malden: Blackwell Publishing.
- Olweus, D. (1994). Bullying at school: basic facts and effects of a school-based intervention program. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35(7), 1171-1190.
- Olweus, D. (2003). A Profile of Bullying at School. *Educational Leaderships*, 60, 12-17. <http://www.ascd.org/publications/educational-leadership/mar03/vol60/num06/A-Profile-of-Bullying-at-School.aspx>
- Olweus, D. (1997). Bully/victim problems in school: facts and intervention. *European Journal of Psychology of Education*, 12 (4): 495-511.
- Olweus, D. (2011). Bullying at school and later criminality: Findings from three Swedish community samples of males. *Criminal behaviour and mental health*, 21(2), 151-156.
- Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. *Annual review of clinical psychology*, 9, 751-780.
- Orr, A., & Baum, J. (2015). *Schools In Transition: A Guide for Supporting Transgender Students in K-12 Schools*. New York: Human Rights Campaign Foundation. <https://www.hrc.org/resources/schools-in-transition-a-guide-for-supporting-transgender-students-in-k-12-s>
- Osawa Vasconcelos, M. I., Alcântara Cavalcante, Y., Pereira Maciel, G., Melo Vieira, M., Lopes, P. R., Silva Farias, V., da Silva Junior, L. G., & Guimarães Ximenes

- Neto, F. R. (2020). Violência Contra Adolescentes e as Estratégias De Enfrentamento. *Enfermagem Em Foco*, 11(5), 144–151.
- Pearce, J. B., & Thompson, A. E. (1998). Practical approaches to reduce the impact of bullying. *Archives of disease in childhood*, 79(6), 528-531.
- Pells, K., Portela, M. J. O., & Espinoza, P. (2016). Experiences of peer bullying among adolescents and associated effects on young adult outcomes: Longitudinal evidence from Ethiopia, India, Peru and Vietnam. *Innocenti Discussion Paper 2016-03*, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence.
- Pereira, H., & Leal, I. (2002). A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. *Análise Psicológica*, 20(1), 107-113.  
[http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF2/01723\\_v20n1a10.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF2/01723_v20n1a10.pdf)
- Pires, M. I. V. (2007). *Os Valores na Família e na Escola: Educar para a Vida*. Lisboa: Celta Editora.
- Pizmony-Levy, O., Freeman, C., Moleiro, C., Nunes, D., Gato, J., & Leal, D. (2018). *Estudo nacional sobre o ambiente escolar: Jovens LGBTI+ 2016/2017*. Lisboa: ILGA Portugal. <http://enae.ilga-portugal.pt/>
- Poteat, V., & Espelage, D. (2005). Exploring the relation between bullying and homophobic verbal content: the homophobic content agent target (HCAT) Scale. *Violence and Victims*, 20(5), 513-528. doi: 10.1891/088667005780927485
- Price-Feeney, M., Ybarra, M. L., & Mitchell, K. J. (2018). Health indicators of lesbian, gay, bisexual, and other sexual minority (LGB+) youth living in rural communities. *The Journal of Pediatrics*, 205, 236-243.  
<https://doi.org10.1016/j.jpeds.2018.09.059>
- Rede Ex-Aequo (2015). *Relatório sobre Homofobia e Transfobia - Observatório de Educação LGBTI*. <https://www.rea.pt/imgs/uploads/doc-observatorio-educacao2014.pdf>
- Rede Ex-Aequo. (2020). *Relatório do Projeto Educação LGBTI 2019*. <https://www.docdroid.net/qsvacND/relatorio-pdf>

- Rivers, I. (2018). Homophobic, biphobic and transphobic bullying in schools. In H. Cowie & C. Myers (Eds). *School Bullying and Mental Health: Risks, Intervention and Prevention*. (pp.35-45). New York: Routledge.
- Rodríguez, N. (2004). *Guerra en las aulas*. Madrid: Temas de Hoy.
- Russell, S. T. (2003). Sexual Minority Youth and Suicide Risk. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1241-1257
- Russell, S. T., & McGuire, J. K. (2008). The school climate for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) students. In M. Shinn & H. Yoshikawa (Eds.), *Toward positive youth development: Transforming schools and community programs* (pp. 133-149). New York: Oxford University Press.
- Russell, S. T., Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescent school victimization: Implications for young adult health and adjustment. *Journal of School Health*, 81(5), 223-230.
- Seixas, S. R. (2005). Violência escolar: Metodologias de identificação dos alunos agressores e/ou vítimas. *Análise Psicológica*, 23(2).
- Serrate, R. (2014). *Lidar com o bullying na escola – Guia para entender, prevenir e tratar o fenómeno da violência entre pares*. Sintra: K Editora.
- Smith, P. & Sharp, S. (1994). *School Bullying. Insights and perspectives*. Londres e Nova Iorque.
- Snapp, S. D., McGuire, J. K., Sinclair, K. O., Gabrion, K., & Russell, S. T. (2015). LGBTQ-inclusive curricula: why supportive curricula matter. *Sex Education*, 15(6), 580–596. doi:10.1080/14681811.2015.1042573.
- Solberg, M., & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus bully/victim questionnaire. *Aggressive Behavior*, 29, 239-268.
- Spriggs, M. A., Iannotti, R. J., Nansel, T. R., & Haynie, D. L. (2007). Adolescent bullying involvement and perceived family, peer, and school relations: commonalities and differences across race/ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 41, 283-2934.
- Swanson, J. & Erxleben, K. (2016). Bullying from a gender-based violence perspective. In United Nations Publications (Ed.) *Ending the torment: tackling bullying from the schoolyard to cyberspace*. New York, USA.
- UNESCO (2015). *From insult to inclusion: Asia-Pacific report on school bullying, violence, and discrimination on the basis of sexual orientation and gender*

- identity*. Bangkok: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235414>
- UNESCO. (2019). *Behind the numbers: Ending school violence and bullying*. Paris: UNESCO.
- Van Leent, L. (2017). Supporting school teachers': Primary teachers' conceptions of their responses to diverse sexualities. *Sex Education, 17*(4), 440-453.
- Wanzinack, C. & Reis, C. (2015). Cyberbullying e violência na rede: Relações entre poder e desenvolvimento no litoral do Paraná. In *XXXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*, Rio de Janeiro, Brasil.
- Willard, N. (2005). *Cyberbullying and Cyberthreats*. OSDSF Nacional Conference. Washington. <http://bcloud.marinschools.org/SafeSchools/Documents/BP-CyberBandT.pdf>
- Woodford, M. R., & Kulick, A. (2014). Academic and Social Integration on Campus Among Sexual Minority Students: The Impacts of Psychological and Experiential Campus Climate. *American Journal of Community Psychology, 55*(1-2), 13–24. doi:10.1007/s10464-014-9683-x

# Notas sobre as pessoas autoras

**Carla Moleiro** | Professora Associada no Departamento de Psicologia do Iscte - Instituto Universitário de Lisboa. Tem um Doutoramento em Psicologia Clínica pela Universidade da Califórnia Santa Barbara. É investigadora no Cis -iscte Centro de Investigação e Intervenção Social, onde coordena e participa em diversos projetos financiados ao nível nacional e internacional, particularmente nos domínios do bem-estar e saúde mental de populações estigmatizadas (desde pessoas de minorias étnicas, migrantes, refugiadas e requerentes de asilo, a pessoas LGBTQI+) e competências clínicas para a diversidade individual e cultural.

**Daniel Seabra (Ele/dele)** | É atualmente estudante de Doutoramento em Psicologia Clínica no Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. O projeto intitula-se de “Saúde mental em pessoas não heterossexuais: Modelo concetual e intervenção baseada em terapias contextuais”. Os trabalhos decorrentes abordam as perspetivas clínica (intervenção com terapias contextuais) e social (estigma e discriminação). Como Psicólogo Clínico, tem desenvolvido prática clínica com populações vulneráveis (crianças, jovens e famílias em risco), bem como com temáticas relacionadas com orientação sexual, identidade e expressão de género (jovens e familiares).

**Décio Ferreira** | Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa, com internato geral em Medicina e Cirurgia no Hospital de Santa Maria. É Cirurgião Plástico e Maxilo-Facial com Grau de Consultor de Cirurgia Plástica, desde 1991, e especialista pela Ordem dos Médicos em Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética e Cirurgia Maxilo-Facial. Exerceu serviço médico na periferia das regiões de Tomar, Fátima e Vila Nova de Ourém, foi Assistente Livre de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Lisboa, de 1994 a 2009, e responsável pelo Departamento de Cirurgia de mudança de sexo do Serviço de Cirurgia Plástica do H.S.M., de 2005 a 2011. Foi, ainda, responsável pela equipa de cirurgias de mudança de sexo do Hospital de Jesus, de 2006 até ao presente. Em 2015 foi laureado com a Medalha de Ouro MAGNUS HIRSCHFELD, da Sociedade Alemã de Sexologia Clínica.

**Eduarda Ferreira** | Investigadora do CICS.NOVA - Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, na FCSH/NOVA, Portugal. Com formação em Psicologia Educacional e PhD em Geografia Humana, os seus interesses de investigação, são: género e sexualidades, web geoespacial, inclusão digital e igualdade de género. É membro fundador da Rede de Estudos de Geografia, Género e Sexualidade Ibero Latino-Americana (REGGSILA) e editora da secção

LES Online da Revista Latino-Americana de Geografia e Género (RLAGG). Publicou e apresentou comunicações sobre género, sexualidades e tecnologias digitais. Página pessoal [www.eferreira.net](http://www.eferreira.net)

**Helder Bértolo** | Licenciado em Física Teórica e Mestre em Biofísica e Física Médica, pela Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, frequentou o Programa Doutoral em Ciências Biomédicas na Faculdade de Medicina, e está prestes a defender a sua Tese de Doutoramento em Visão na Universidad Complutense de Madrid. Publicou um romance autobiográfico sobre a vida de um bissexual, em 2006, *Os Anjos de Gabriel*, e participou em debates sobre o casamento entre pessoas do mesmo sexo. É Presidente da Direcção da Opus Diversidades, fazendo a ponte com outras entidades públicas e privadas, que trabalham com pessoas LGBTQI+ e gere a Casa de Acolhimento Temporário de Emergência (CATE) da Opus Diversidades.

**Henrique Pereira** | Psicólogo Clínico, especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, e em Sexologia pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, e Professor Associado com Agregação no Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior (Covilhã, Portugal). É doutorado em Psicologia Clínica e desenvolve trabalho e investigação nas áreas da Psicologia, Sexualidade, Minorias Sexuais, Saúde e Desenvolvimento Humano na Universidade da Beira Interior e no Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD) – Pólo UBI.

**Inês Parente** | Licenciada em Ciências Psicológicas e mestre em Psicologia Clínica pelo ISPA-Instituto Universitário. Os interesses de investigação em Psicologia estão relacionados com a parentalidade e as relações familiares.

**Liliana Rodrigues** | Investigadora do Centro de Psicologia da Universidade do Porto, integrada na área de investigação "Cultura, Normatividade e Diversidade". É Doutorada em Psicologia pela Universidade do Porto, Mestre em Psicologia da Justiça pela Universidade do Minho e Licenciada em Psicologia pela Universidade do Minho. Quanto ao percurso de investigação foi construído sobretudo sobre questões LGBT com uma perspectiva feminista, a nível de mestrado e doutoramento (bolsa FCT - SFRH/BD/79764/2011) com sucessivas publicações científicas na área. Especialista em Igualdade de Género, integra a lista de especialistas da Comissão de Cidadania e Igualdade de Género (CIG). Colaborou em vários projetos de investigação

financiados (EEA GRANTS/FSE/CIG; POPH/QREN/FSE/CIG; POISE/CIG; FCT; CIG). Também é ativista feminista e atualmente presidente da UMAR - União de Mulheres Alternativa e Resposta.

**Luis Puche** | Professor de Antropologia Social da Universidade de Málaga (Espanha). Licenciado em História da Arte e licenciado e doutorado em Antropologia Social pela Universidade Autónoma de Madrid. Integra o grupo de investigação “Antropología, Diversidad y Convivencia” da Universidade Complutense de Madrid. A sua carreira de investigação tem-se centrado na etnografia da infância e juventude, nos processos de discriminação escolar relacionados com o sexismo e a homofobia, e na análise sociocultural das realidades trans. Deste percurso resulta a sua tese de doutoramento intitulada *Infância e Juventude Trans: Uma aproximação antropológica*, entre vários livros e outras publicações científicas.

**Mafalda Esteves** | Psicóloga social e Investigadora júnior do Centro de Estudos Sociais, coordenado em Portugal o projeto europeu “Diversidade e infância” (2019-2021) e atualmente o projeto “Infâncias Arco-íris: Capacitar crianças LGBTIQ em contextos vulneráveis para combater a violência de género na Europa” (2022-2024). Mestre em Investigação e Intervenção Psicossocial pela Universitat de Barcelona com uma tese sobre a ação comunitária como promotora de *empowerment* psicológico. É atualmente doutoranda no CIS/ISCTE-IUL onde desenvolve uma tese em Psicologia sobre cidadania íntima e bem-estar psicossocial na bissexualidade. Os seus interesses atuais de investigação incluem ativismos LGBTQIA+ e participação coletiva, infância e diversidade sexual e de género.

**Mara Pieri** | Investigadora no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. É Mestre em Sociologia na Universidade de Trento (Itália). É doutorada em "Direitos Humanos nas Sociedades Contemporâneas" no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra com uma tese sobre as experiências de pessoas LGBTQ+ com doenças crónicas em Itália e Portugal. É coordenadora da Secção Temática em Sexualidade e Género da APS (Associação Portuguesa de Sociologia). Co-organiza o ciclo de seminários bimestrais "Sharp Talks - Sexualidade, Saúde e Direitos Humanos" no CES e é membro da Linha Temática "Democracia, justiça e direitos humanos". Integra a equipa do projeto "REMEMBER - Vivências de Pessoas LGBTQ Idosas no Portugal Democrático (1974-2020)". Após ter sido investigadora em pós-doutoramento no CES em 2021, desde 2022 é investigadora contratada, tendo ganho o Concurso Estímulo ao Emprego Científico da FCT, posição que ocupará até 2027. Conjuga o

interesse para estudos sobre deficiência com os estudos queer/crip, através de uma abordagem interseccional e um enfoque específico sobre doenças crónicas.

**Mariana Lopes** | Licenciada em Ciências Psicológicas e mestre em Psicologia Clínica pelo ISPA - Instituto Universitário. Os interesses de investigação e intervenção principais dividem-se entre a Psicologia da família e da parentalidade, Sexualidade e Género com principal foco na população LGBT+.

**Marina Hintze** | Mestre em Psicologia pela Universidade do Minho, Técnica de Apoio à Vítima e Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Desde 2018 tem colaborado na Associação Plano i em diversos projetos relacionados com a igualdade de género, violência no namoro, violência doméstica, questões LGBTI e *bullying*. Destaca-se a sua colaboração nos projetos Centro Gis - Centro de respostas às populações LGBTI e no Gis vai à escola. Foi corresponsável pelo projeto Bairros SEM *Bullying*.

**Marta Correia** | Mestre em Psicologia da Educação pela Universidade da Maia, Técnica de Apoio à Vítima e Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Desde 2018, colabora com a Associação Plano i em projetos relacionados com a violência interpessoal, questões LGBTI e a igualdade de género. Destaca-se a sua colaboração nos projetos ÍRIS - Trajetórias de Vida de Pessoas LGBTI Vítimas de Violência Doméstica, Centro Gis - Centro de respostas às populações LGBTI e Gis vai à escola. Foi corresponsável pelo projeto Bairros SEM *Bullying*.

**Nuno Pinto** | PhD em Psicologia pelo Iscte - Instituto Universitário de Lisboa. O seu Doutoramento focou-se no estudo dos processos desenvolvimentais e identitários de pessoas trans em Portugal, tendo ainda participado em diversos projectos de investigação no Cis -iscte Centro de Investigação e Intervenção Social com populações LGBTQI+. Tem ainda uma pós-graduação em Psicologia Política pela Universidade do Porto. Interessa-se especialmente pelo estudo da saúde das pessoas LGBTQI+, bem como em consultoria e formação de profissionais de saúde.

**Paula Allen** | Psicóloga, membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses, especialista em Psicologia Clínica e da Saúde e Psicologia Social com especialidade avançada em Psicologia Comunitária e Sexologia. É formadora certificada pelo Conselho Científico da

Formação em Educação para a Saúde - Educação Sexual e Educação para a Cidadania. Faz parte da lista de especialistas reconhecidos/as pela Comissão para a Cidadania e para a Igualdade de Género nas áreas de Igualdade entre mulheres e homens, Violência Contra as Mulheres e Violência Doméstica, Tráfico de Seres Humanos e Orientação Sexual, Identidade e Expressão de Género e Características sexuais. É vice-presidente da Associação Plano i e Diretora Executiva dos seus projetos, sendo diretamente responsável pelos que respondem às questões de orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais, como sendo o Centro Gis, a Casa Arco-íris, o Plano 3C-Casa Com Cor, o Espaço Liv(r)e e o Conselho Consultivo para as Questões LGBTI.

**Pedro Alexandre Costa** | Psicólogo clínico e especialista em psicologia LGBT+. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento Infantil pela University of Central Lancashire e Doutorado em Psicologia pela Universidade da Beira Interior. Investigador no William James Center for Research do ISPA – Instituto Universitário e em Birkbeck, Universidade de Londres, com um projeto intitulado “Mapeando as relações familiares em famílias adoptivas de casais do mesmo género e de género diferente em Portugal e no Reino Unido”. Os interesses de investigação e intervenção principais dividem-se entre a Psicologia do desenvolvimento, Psicologia da família e da parentalidade, Género e Sexualidade.

**Rosa Monteiro** | Doutorada em Sociologia, pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e Centro de Estudos Sociais. Prof. auxiliar da FEUC e investigadora do CES. Foi Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade nos XXI e XXII Governo Constitucional (2017-2022), com responsabilidade política e tutela das áreas da igualdade de género, prevenção e combate da violência contra as mulheres e violência doméstica, direitos LGBTI+, tráfico de seres humanos, combate ao racismo e discriminação racial, integração das pessoas ciganas, migrações. Na última década, centrou a sua análise no domínio das políticas públicas de igualdade e não discriminação, mainstreaming de género e organismos oficiais para a igualdade e a não discriminação. O tema transversal ao seu trabalho de investigação tem sido as relações sociais de género, especialmente nos domínios do trabalho, emprego, organizações e políticas públicas.

**Rui Ferreira Carvalho** | Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN); Sexólogo Clínico e Terapeuta Sexual, Membro da Direção da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC);

Docente universitário na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FML) e na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

**Sara Monteiro** | Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a média de 18.1 valores, no ano de 1997. Em 1999, concluiu com aproveitamento o Internato Geral no Hospital de São João, no Porto e, em 2001, ingressou no Internato Complementar de Endocrinologia no Hospital de São João, com a média de 17 valores. Entre 2003 e 2007 foi assistente livre da disciplina de Endocrinologia do 4.º ano da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e, em 2007, conclui o Internato Complementar no Hospital de São João, com média de 19.7 valores. Desde 2007, até ao presente, é assistente de Endocrinologia no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Em 2012 obteve o grau de assistente hospitalar graduada.

**Sandra Palma Saleiro** | Doutorada em Sociologia pelo Iscte – Instituto Universitário de Lisboa. É investigadora do Centro de Investigação Estudos de Sociologia (CIES-Iscte) e Professora Auxiliar Convidada no Curso de Sociologia do Iscte-IUL. Tem trabalhado em projetos de investigação sobre género, igualdade de género e violência de género; identidade de género, transgénero, diversidade de género; desigualdades sociais; metodologias de avaliação, avaliação de políticas públicas e de programas e projetos. Coordenou o Estudo nacional sobre necessidades das pessoas LGBTI e sobre discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais (2022).

**Sofia Costa.** Licenciada e mestre em Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça, pela Universidade do Porto. Realizou a sua dissertação de mestrado junto de mulheres trans que exercem trabalho sexual em Portugal, a partir de uma lente feminista trans e crítica. É Técnica de Apoio à Vítima e possui formação em igualdade de género. Foi voluntária nas áreas de redução de riscos e minimização de danos, sexualidade e Direitos Humanos.

**Sofia Neves** | Licenciada em Psicologia e doutorada em Psicologia Social pela Universidade do Minho. É Professora Associada na Universidade da Maia (ISMAI) e membro integrado do Centro Interdisciplinar de Estudos de Género (CIEG – ISCSP/ULisboa). A sua principal área de interesse científico é a Violência de Género, tendo sido reconhecida, em 2013, pelo European Institute for Gender Equality (EIGE), como perita na matéria. É autora de várias publicações científicas e coordenadora de vários projetos de investigação, dos quais se destaca

o Íris – Trajetórias de Vida das Pessoas LGBTI Vítimas de Violência Doméstica. É coordenadora científica do Observatório da Violência no Namoro e do Observatório Nacional do *Bullying*. É igualmente membro da equipa do Observatório Nacional da Violência contra Atletas e membro fundador da Associação AjudAjudar. É uma das fundadoras da Associação Plano i, sendo atualmente Presidente da Direção.

**Tiago Baeta** | Licenciado e Mestre em Biologia Molecular pela Universidade de Lisboa, e Doutoramento em Biologia e Química pela Universidade de Grenoble. Desde Junho de 2020 que integra a Opus Diversidades como membro da sua Direção, actualmente no papel de Tesoureiro. Desenvolve diversas funções, como escrever artigos, gerir projectos, redes sociais e imagem da associação, e responsável pela gestão de voluntariado. Entre a vida profissional e a vida associativa, dedica-se ainda a estudos na Universidade de Lisboa para ingressar na carreira de Ensino.