

**MESTRADO INTEGRADO
MEDICINA**

Depressão e comportamento suicidário na população trans: Determinantes, fatores protetores e acesso à saúde

Tiago Peste Lago Vaz Santos

M

2026



Depressão e comportamento suicidário na população trans:

Determinantes, fatores protetores e acesso à saúde

Artigo de revisão bibliográfica

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Estudante: Tiago Peste Lago Vaz Santos

Aluno do 6º ano profissionalizante o Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço de correio eletrónico: tiagopestesantos@gmail.com / up202007836@up.pt

Orientadora: Dr^a. Irina Gorgal Rodrigues de Carvalho

Assistente Hospitalar de Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria de Ligação, Hospital Magalhães Lemos, Unidade Local de Saúde Santo António

Colaboradora Externa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço de correio eletrónico: u14817@chporto.min-saude.pt

Coorientadora: Professora Doutora Liliana Correia de Castro

Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria, Departamento de Saúde Mental, Hospital Magalhães Lemos, Unidade Local de Saúde Santo António

Professora Auxiliar Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço de correio eletrónico: u61159@chporto.min-saude.pt

Porto, maio de 2026

Depressão e comportamento suicidário na população trans: Determinantes, fatores protetores e acesso à saúde

Artigo de revisão bibliográfica

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

O autor:

(Tiago Peste Lago Vaz Santos)

Sob a orientação de:

(Dr^a Irina Gorgal Rodrigues de Carvalho)

Sob a coorientação de:

(Professora Doutora Liliana Correia de Castro)

Porto, maio de 2026

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dr^a Irina Carvalho e à minha coorientadora Professora Doutora Liliana Castro, pela oportunidade de realizar esta dissertação ao vosso lado. A minha gratidão pela disponibilidade e prontidão em ajudar ao longo da concretização desta dissertação.

À minha mãe, por toda a educação e amor que recebi ao longo destes 24 anos. É reconfortante ter sempre um ninho para onde voltar.

Ao meu irmão, Miguel, por ser o meu melhor amigo. O orgulho que ele tem em mim é igual ao orgulho que eu tenho nele. Quero celebrar sempre estas conquistas com ele.

Aos meus avós, por me terem dado a vida que tenho, por me terem dado a oportunidade de seguir o curso com que sonho desde pequeno, pelo apoio que me dão diariamente.

Aos meus amigos do ICBAS, por me terem acolhido desde o primeiro dia. O curso foi muito mais bonito ao vosso lado.

Aos meus amigos arquitetos, pela calma, cultura e conselhos que me transmitiram ao longo dos últimos 3 anos.

Aos meus amigos de Erasmus, por terem sido casa mesmo quando eu estava longe de casa. Descobri com eles que a amizade não possui nacionalidade. Seja em Cagliari, Porto ou na Alemanha, sei que posso contar com eles.

À minha Mariana, por sempre acreditar em mim e por ser a minha melhor amiga. Ao teu lado os momentos difíceis são mais leves e o bom da vida é ainda melhor. A minha gratidão, ainda, pela paciência que tem comigo.

DEDICATÓRIA

Ao Zé Luís, que nos deixou cedo demais. Sempre admirei muito todo o conhecimento que possuía e a leveza com que viveu os seus últimos 3 anos de vida. Até já.

Por Gisberta.

RESUMO

Enquadramento: A depressão e o suicídio são considerados problemas de saúde pública importantes, condicionando um impacto significativo na morbilidade e mortalidade a nível global. Contudo, a evidência científica mostra que estas condições não afetam todas as populações da mesma forma. Um exemplo disso é a população trans, que inclui pessoas transgénero e não-binárias, e que apresenta um risco consideravelmente aumentado de quadros depressivos e comportamentos suicidários, quando comparada com a população cisgénero. Porém, a literatura mostra, ainda, que estas disparidades não são inerentes à identidade de género, mas resultam da exposição a fatores sociais e estruturais desfavoráveis, nomeadamente o estigma. Deste modo, o *gender minority stress model* descreve o impacto cumulativo de experiências adversas na saúde mental dos indivíduos desta população. Assim, é necessária a compreensão dos determinantes que provocam esta desigualdade bem como a promoção de estratégias que promovam cuidados mais equitativos.

Objetivos: Analisar a melhor evidência científica atual, de forma sintetizada, avaliando a relação entre fatores de risco, fatores protetores e barreiras no acesso aos cuidados de saúde e o seu impacto na depressão e comportamento suicidário na população trans. Pretende-se, ainda, salientar as estratégias atuais para diminuir as disparidades verificadas, bem como promoção de acesso a cuidados de saúde mais equitativos.

Métodos: Revisão narrativa da literatura através da pesquisa eletrónica de artigos científicos publicados desde 2020 com recurso ao motor de busca *PubMed*. Selecionaram-se 97 artigos após a leitura do título e resumo de cada um e inclusão de bibliografia considerada relevante. Como critérios de inclusão foram usados artigos redigidos em português e inglês, publicados entre 2020 e fevereiro de 2026, que abordassem a depressão, comportamento suicidário ou barreiras ao acesso a cuidados de saúde na população trans. Foram excluídos artigos que estudassem a comunidade LGBTQ+ como um todo, não apresentando resultados sobre a população trans separadamente, bem como artigos que abordassem apenas outros tópicos de saúde mental que não a depressão ou comportamento suicidário.

Conclusão: A literatura sugere que o aumento do risco de depressão e comportamento suicidário na população trans é amplamente mediado por contextos sociais e estruturais desfavoráveis, onde o estigma desempenha um papel central importante. A persistência de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e de experiências negativas em contextos de comunidade contribui para a perpetuação deste risco. Assim, torna-se evidente a necessidade de intervenções multidisciplinares

que integrem as dimensões clínicas, sociais e estruturais, com o objetivo de promover ambientes mais inclusivos para esta população, reduzindo as disparidades na saúde mental.

Palavras-chave: *“Transgender”, “Gender Diverse”, “Depression”, “Suicide”, “Risk factors”, “Stigma”, “Protective factors”, “Barriers to healthcare”.*

ABSTRACT

Background: Depression and suicide are considered major public health problems, having a significant impact on morbidity and mortality worldwide. However, scientific evidence shows that these conditions do not affect all populations equally. One example is the trans population, which includes transgender and non-binary individuals, and which presents a considerably increased risk of depressive disorders and suicidal behaviors when compared to the cisgender population. Nevertheless, the literature also shows that these disparities are not inherent to gender identity but rather result from exposure to unfavorable social and structural factors, namely stigma. In this context, the gender minority stress model describes the cumulative impact of adverse experiences on the mental health of individuals in this population. Therefore, it is necessary to understand the determinants that lead to this inequality, as well as to promote strategies that foster more equitable healthcare.

Objectives: To analyze the best current scientific evidence in a synthesized manner, evaluating the relationship between risk factors, protective factors, and barriers to healthcare access, and their impact on depression and suicidal behavior in the trans population. It also aims to highlight current strategies to reduce observed disparities, as well as to promote access to more equitable healthcare.

Methods: Narrative literature review conducted through an electronic search of scientific articles published since 2020 using the PubMed search engine. A total of 97 articles were selected after reviewing the title and abstract of each, along with the inclusion of bibliography considered relevant. The inclusion criteria comprised articles written in Portuguese or English, published between 2020 and February 2026, addressing depression, suicidal behaviours or barriers to access to healthcare among the trans population. Articles studying the LGBTQ+ community as a whole, without presenting results for the trans population separately, were excluded, as were articles addressing only other mental health topics besides depression or suicidal behaviour.

Conclusion: The literature suggests that the increased risk of depression and suicidal behavior in the trans population is largely mediated by unfavorable social and structural contexts, where stigma plays a central role. The persistence of inequalities in access to healthcare and negative experiences within community contexts contributes to the perpetuation of this risk. Therefore, there is a clear need for multidisciplinary interventions that integrate clinical, social, and structural dimensions, with the aim of promoting more inclusive environments for this population and reducing disparities in mental health.

Keywords: *“Transgender”, “Gender Diverse”, “Depression”, “Suicide”, “Risk factors”, “Stigma”, “Protective factors”, “Barriers to healthcare”.*

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

DSM-5-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD 11 – *International Classification of Diseases*

LGB – Pessoas lésbicas, gays e Bissexuais

NSSI – Comportamentos autolesivos não-suicidas

PTSD – Perturbação de *stress* pós-traumático

MGF – Medicina Geral e Familiar

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	<i>i</i>
DEDICATÓRIA	<i>ii</i>
RESUMO	<i>iii</i>
ABSTRACT	<i>v</i>
LISTA DE ABREVIATURAS	<i>vii</i>
INTRODUÇÃO	<i>1</i>
MATERIAIS E MÉTODOS	<i>3</i>
DEFINIÇÕES E CONCEITOS FUNDAMENTAIS	<i>4</i>
MODELOS TEÓRICOS	<i>6</i>
<i>Gender Minority Stress Model</i>	<i>6</i>
Estigma	<i>7</i>
EPIDEMIOLOGIA DOS OUTCOMES EM SAÚDE MENTAL	<i>9</i>
FATORES DE RISCO	<i>11</i>
Fatores individuais	<i>11</i>
Fatores interpessoais	<i>12</i>
Fatores estruturais	<i>14</i>
Integração dos fatores de risco	<i>15</i>
FATORES PROTETORES	<i>16</i>
ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE	<i>18</i>
Barreiras estruturais	<i>18</i>
Barreiras institucionais	<i>19</i>
Barreiras interpessoais	<i>20</i>
Barreiras individuais	<i>21</i>
Barreiras no acesso a cuidados de saúde em Portugal	<i>21</i>
Impacto das barreiras na saúde mental	<i>22</i>
ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	<i>24</i>
CONCLUSÃO	<i>27</i>
BIBLIOGRAFIA	<i>28</i>

INTRODUÇÃO

A saúde mental constitui um dos principais desafios de saúde pública à escala global, sendo a depressão uma das principais causas de incapacidade e o suicídio uma das principais causas de morte evitável. De facto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é a terceira maior causa de morte nos jovens entre os 15 e 29 anos¹ e cerca de 5,7% dos adultos a nível global sofrem de depressão². Estas condições têm um impacto significativo não só na qualidade de vida dos indivíduos, bem como nos sistemas de saúde e na sociedade em geral, refletindo a complexidade dos fatores biológicos, psicológicos e sociais que lhes estão subjacentes.^{1,2}

No entanto, a distribuição destas condições não é homogénea. Existem grupos populacionais que apresentam um risco desproporcionalmente elevado de as desenvolver. Efetivamente, esta distribuição heterogénea em saúde mental é condicionada, em grande maioria, por desigualdades sociais, económicas e estruturais, que têm influência não só na exposição a fatores de risco, mas também no acesso a recursos de proteção e cuidados de saúde adequados.¹

Dentro dos grupos mais vulneráveis está a população trans. Atualmente estima-se que cerca de 0,39% da população mundial seja trans e 1,19% seja não-binária, embora os números tenham vindo a aumentar devido à sua visibilidade crescente.³ Estes indivíduos estão, frequentemente, sujeitos a discriminação, violência e estigma, associando-se a um aumento da sintomatologia depressiva e comportamentos suicidários. Para além disso, encontram muitas barreiras no acesso aos cuidados de saúde, o que contribui para a perpetuação destas desigualdades em saúde. Deste modo, o estigma surge como um determinante social central, estruturando a exposição a múltiplos fatores de risco, que se expressam de forma cumulativa.

Perante este contexto desfavorável, torna-se evidente a necessidade de procurar fatores protetores que possam diminuir estas experiências adversas cumulativas, promovendo a redução das disparidades verificadas na saúde mental e das dificuldades na procura de cuidados de saúde. A literatura destaca que o apoio na comunidade e um bom suporte familiar podem ajudar a mitigar o efeito do estigma vivenciado.⁴

Apesar de nos últimos 5 anos haver um crescimento da investigação nesta área, a literatura permanece fragmentada, focando-se muitas vezes em fatores isolados e sem a devida representação da diversidade interna da população trans, onde se incluem pessoas não-binárias, jovens trans, indivíduos racializados e pessoas em contexto de maior vulnerabilidade social e económica. Ademais, existem lacunas na compreensão do papel das barreiras no acesso aos cuidados de saúde e da sua relação com os *outcomes* em saúde mental nesta população, em Portugal e no resto do mundo.

Deste modo, a presente revisão bibliográfica tem como objetivo explorar e sintetizar a evidência científica disponível sobre a depressão e os comportamentos suicidários na população trans, bem como os seus determinantes e fatores protetores. Pretende-se compreender os mecanismos pelos quais estas experiências desfavoráveis condicionam estes *outcomes* na saúde mental, bem como os fatores protetores que podem ajudar a diminuir o seu efeito. Assim, procura-se enfatizar a importância da implementação de medidas que promovam a atenuação da disparidade da saúde mental entre a população trans e a população global. Pretende-se, ainda, identificar possíveis estratégias de intervenção.

Adicionalmente, este trabalho procura analisar as barreiras encontradas na procura de cuidados de saúde em diferentes contextos internacionais. Um desses contextos será o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, identificando estratégias que promovam um acesso mais equitativo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a elaboração da presente revisão bibliográfica, foi realizada uma pesquisa eletrônica de artigos científicos através do motor de busca *PubMed*, usando as seguintes palavras-chave, em combinação: “*Transgender*”, “*Gender Diverse*”, “*Depression*”, “*Suicide*”, “*Risk factors*”, “*Stigma*”, “*Protective factors*”, “*Barriers to healthcare*”. Foram utilizados como critérios de inclusão artigos redigidos em inglês e publicados desde 2020 até fevereiro de 2026, que abordassem a saúde mental na população trans. Por não terem sido encontrados artigos sobre o Sistema Nacional de Saúde português, foram pesquisados artigos na Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, relevantes para o tema. Constituíram critérios de exclusão os artigos que estudassem a comunidade LGBTQ+ como um todo, não apresentando resultados sobre a população trans separadamente, bem como artigos que abordassem apenas outros tópicos de saúde mental que não depressão ou comportamento suicidário.

Da seleção inicial, obtiveram-se 660 artigos. Após a leitura do título dos mesmos, selecionaram-se 196 artigos. Dos 196 artigos e após a leitura do *abstract* destes, foram retirados 101 artigos por não se relacionarem com o tema da revisão, com base nos critérios de exclusão supramencionados. Foram, ainda, analisados artigos referenciados nos artigos seriados na pesquisa original através de *cross-referencing*, sendo selecionados 2 artigos. Selecionaram-se, assim, 97 artigos para leitura integral e revisão.

DEFINIÇÕES E CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Para compreender a saúde mental na população trans é necessário clarificar alguns conceitos fundamentais relacionados com o sexo, género e identidade. O sexo atribuído à nascença corresponde à classificação de um indivíduo à nascença como masculino ou feminino com base nas características biológicas, como os genitais, cromossomas e hormonas. Todavia, esta classificação não reflete necessariamente a vivência do indivíduo em relação ao seu género.⁵⁻⁷

A identidade de género corresponde à experiência interna e individual de género, que pode ou não coincidir com o sexo atribuído à nascença. Pode incluir identidades como homem, mulher, ambos, nenhum ou outras categorias fora do binário de género tradicional.⁵⁻⁷ Já a expressão de género refere-se à forma como o indivíduo manifesta o seu género externamente, podendo ou não refletir a sua identidade de género. Inclui os comportamentos, vestuário, linguagem e interações sociais do indivíduo. A não-conformidade de género pode ser entendida como a discrepância entre a identidade, expressão ou papel de género de uma pessoa e as normas sociais culturais tradicionalmente associadas ao sexo que lhe foi atribuído à nascença. Esta condição não é, por si só, uma condição patológica.⁵⁻⁷

Finalmente, é oportuno distinguir orientação sexual, que em nada é influenciada pela identidade de género. Corresponde à atração sexual do indivíduo, que pode ser dirigida a pessoas do mesmo sexo (homossexualidade), do outro sexo (heterossexualidade), ambos os sexos ou diferentes géneros (bissexualidade) ou nenhum (assexualidade).⁷

Assim, surgem dois conceitos fundamentais e que devem ser diferenciados. Um indivíduo cisgénero tem a sua identidade de género alinhada com o sexo atribuído à nascença.⁷ Por outro lado, um indivíduo trans é aquele cuja identidade de género não está de acordo com o sexo atribuído à nascença. Inclui pessoas transgénero e não-binárias. A identidade de género das pessoas transgénero é binária, ou seja, são pessoas que se identificam com o género feminino ou masculino. Por sua vez, a identidade de género das pessoas não-binárias não se enquadra exclusivamente nas categorias de feminino ou masculino. Identificam-se fora de espetro binário de género e podem flutuar entre diferentes identidades ao longo do tempo.⁵⁻⁷

Deve-se, ainda, salientar que pessoas trans podem decidir realizar a sua transição de uma ou mais formas se tiverem a oportunidade e segurança para o fazerem. A título de exemplo, podem procurar a transição social (por exemplo, alterar o seu nome, pronomes ou aparência), transição legal (exemplificando, mudar legalmente de nome e género nos documentos de identificação) e/ou transição médica (por exemplo, terapia hormonal de substituição ou realização de cirurgias) para

afirmarem o seu género. É fundamental realçar que a experiência de transição é singular e própria a cada indivíduo, estando a sua transição completa quando cada um decidir.⁸

Por outro lado, a disforia de género é definida como o sofrimento ou desconforto clinicamente significativo associado à incongruência entre a identidade de género e o sexo atribuído à nascença, conforme descrito no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*.⁹ Destaca-se que nem todas as pessoas trans sofrem de disforia de género, vivendo de forma confortável com a sua identidade. Classificações mais recentes, como a *International Classification of Diseases (ICD 11)*, na sua edição mais recente, substituíram o diagnóstico de “transexualidade” por “incongruência de género”. Transferiu esta condição do capítulo das perturbações mentais para o capítulo das condições relacionadas com a saúde sexual, afastando-o assim do crivo da perturbação mental.¹⁰ Esta evolução pauta uma mudança conceptual relevante, afirmando que a diversidade de género não constitui, por si só, uma patologia, mas que o sofrimento associado vem, não só da disforia, bem como de contextos sociais adversos.

Por fim, a transfobia pode ser caracterizada por atitudes, crenças e ações negativas direcionadas à população trans. Pode ser manifestada através de políticas e práticas discriminatórias a nível estrutural, social ou individual, uma vez que pode ser internalizada, quando pessoas trans aceitam e refletem tais preconceitos sobre si próprias ou outras pessoas trans.^{5,6}

MODELOS TEÓRICOS

Gender Minority Stress Model

O *stress* pode ser definido como pressão ou tensão física, mental ou emocional. Se for algo experienciado de forma cumulativa ao longo do tempo, pode ter impacto na saúde mental e física da população.¹¹ A maior parte das pessoas vai experienciar *stress* em algum momento da sua vida, mas, segundo Ilan H. Meyer, indivíduos de categorias sociais estigmatizadas vão sofrer *stress* adicional. Surge, deste modo, o *gender minority stress model*, um dos principais enquadramentos teóricos para a compreensão das disparidades em saúde mental observadas em populações marginalizadas. Inicialmente, foi proposto para pessoas pertencentes a minorias sexuais, como pessoas lésbicas, gay ou bissexuais (LGB).¹¹ Meyer propôs, assim, que a maior incidência de patologias mentais nas pessoas LGB fosse causada pelo ambiente hostil a que estão constantemente submetidas por pertencerem a uma minoria sexual.¹¹ Posteriormente, foi adaptado à população trans por Kristen L. Hendricks e Rylan J. Tesla, o que permitiu uma análise mais específica das experiências das minorias de género.

Consequentemente, de acordo com este modelo, a população trans está exposta a uma carga adicional de *stress*, distinta daquela experienciada pela população geral. Este *stress* é produzido socialmente, crónico e sumativo, resultando de contextos sociais, estruturais e individuais marcados pelo estigma, preconceito e discriminação. Desta forma, o modelo reforça o papel destes determinantes na saúde mental, deslocando o foco explicativo de fatores intrínsecos ao indivíduo.¹²

No âmbito deste enquadramento, distinguem-se dois domínios principais de *stress*: o *stress* distal e o *stress* proximal. O primeiro refere-se a eventos externos e objetivos, como experiências de discriminação, violência e exclusão social, que são vividas em múltiplos contextos ao longo da vida e de forma frequente. Por outro lado, o *stress* proximal é caracterizado por processos internos decorrentes desta exposição a ambientes desfavoráveis, como é o caso da expectativa de violência e discriminação e da internalização da transfobia.¹²

Deste modo, a interação destes dois domínios de *stress* contribui para uma sobrecarga psicológica significativa, o que condiciona um aumento do risco da sintomatologia depressiva e comportamento suicidário. É importante salientar que este modelo reforça que este aumento de *outcomes* de saúde mental negativos não decorre da identidade de género em si, não é intrínseco ao indivíduo. Note-se, ainda, que nem todos os efeitos deste *stress* adicional são negativos. De facto,

os membros de grupos de minorias, em resposta a estes ambientes hostis, desenvolvem resiliência e mecanismos de *coping*, que podem contribuir para contrariar o efeito do estigma.¹²

Assim, o *gender minority stress model* constitui uma ferramenta conceptual fundamental para a compreensão dos mecanismos subjacentes à vulnerabilidade em saúde mental da população trans.¹²

Estigma

O estigma pode ser entendido como o processo de marginalizar, estereotipar e rejeitar a diversidade humana como forma de controlo social. É um processo dinâmico e complexo, o que torna difícil a sua caracterização. Constitui um determinante social central da saúde e desempenha um papel fulcral na compreensão das disparidades observadas na população trans.¹³

Manifesta-se a múltiplos níveis, os quais estigma estrutural, interpessoal e internalizado. O estigma estrutural refere-se às normas da sociedade, condições ambientais, leis institucionais e práticas que limitem os recursos, oportunidades e bem-estar de populações estigmatizadas. O determinante central do estigma estrutural é o poder, que é usado pela maioria estigmatizante para excluir e marginalizar aqueles que são diferentes. No caso da população trans, inclui a patologização da não-conformidade de género, políticas e práticas que restringem o acesso à saúde ou faltas de leis de proteção social. Por sua vez, o estigma interpessoal caracteriza-se por normas sociais ou convicções estigmatizantes que produzem consequências negativas para populações marginalizadas, traduzindo-se, no caso da população trans, em experiências diretas de discriminação, violência, rejeição e exclusão em contextos sociais, escolares, laborais e comunitários. Finalmente, este estigma pode moldar os processos cognitivos, afetivos e comportamentais dos indivíduos estigmatizados, alterando a sua própria perceção intrínseca, dos outros e das circunstâncias do ambiente que os rodeia, dando origem ao estigma internalizado. Assim, este último nível de estigma manifesta-se sob a forma de vergonha, baixa autoestima e autodesvalorização.¹³

Estes diferentes níveis de estigma atuam de forma conjunta e dinâmica, o que contribui para a exposição contínua a situações de adversidade e para a internalização de experiências negativas. A literatura sugere que o estigma está fortemente associado a *outcomes* em saúde mental negativos, onde se incluem níveis elevados de depressão e comportamento suicidário.¹³

Desta maneira, o estigma pode ser entendido como o mecanismo central através do qual o *stress* adicional experienciado pelas minorias se manifesta e perpetua. De facto, a distinção entre *stress* distal e proximal proposta pelo *gender minority stress model* pode ser explicada pelos

diferentes níveis de estigma, correspondendo os estigmas estrutural e interpessoal à origem do *stress* distal e o estigma internalizado um componente essencial do *stress* proximal.¹³

Assim, ao integrar-se o conceito de estigma no *gender minority stress model* pode-se compreender de forma mais abrangente e aprofundada os mecanismos que sustentam as disparidades em saúde mental na população trans, reforçando-se, desta forma, a necessidade de intervenções que atuem não só ao nível individual, bem como nos contextos sociais e estruturais em que estes indivíduos estão inseridos.¹³

EPIDEMIOLOGIA DOS *OUTCOMES* EM SAÚDE MENTAL

Atualmente, a literatura sugere de forma universal que a população trans apresenta uma prevalência mais elevada de perturbações mentais, particularmente depressão e comportamento suicidário, quando comparada com a população cisgénero. Efetivamente, estas diferenças têm sido verificadas e documentadas em diferentes contextos geográficos e metodológicos, o que sugere a existência de um padrão transversal.¹⁴⁻³³

Neste contexto, no que concerne ao suicídio e comportamentos suicidários, são verificados níveis elevados de ideação suicida, tentativas de suicídio, comportamentos autolesivos não-suicidas (NSSI) e de suicídio consumado na população trans. Em vários estudos em diferentes contextos internacionais, a prevalência destes comportamentos ultrapassa largamente a da população cisgénero, como se verifica nos Estados Unidos (cerca de 45% das pessoas trans tiveram uma tentativa de suicídio ao longo da sua vida comparadas com cerca de 10% da população cisgénero) e Canadá (32,6% das pessoas trans tentaram o suicídio comparado com 3% da população cisgénero).¹⁴⁻²⁵ Também na Europa, como na Dinamarca (a taxa de incidência de tentativas de suicídio foi 498 e 71 por 100000 pessoas-ano na população trans e cisgénero, respetivamente, sendo a taxa de incidência de suicídio consumado de 75 e 21 por 100000 pessoas-ano na população trans e cisgénero, respetivamente)²⁶ ou Noruega (54-58% na população trans, comparado com 11-13% na população cisgénero masculina e 24-27% na população cisgénero feminina)²⁷, estão descritos níveis mais elevados destes comportamentos. Adicionalmente, no resto do mundo, países como a China (cerca de 9% dos indivíduos da população trans teve uma tentativa de suicídio, enquanto na população cisgénero o valor foi cerca de 3%)^{28,29}, Tailândia (8,2% e 8,8% das mulheres e homens trans, respetivamente, tiveram uma tentativa de suicídio, comparados com os 4,5% e 5,1% dos homens e mulheres cisgénero, respetivamente)³⁰, Índia (25,8% das pessoas trans tiveram uma tentativa de suicídio)³¹ ou Taiwan (o risco de suicídio ajustado é 4,07 vezes maior na população trans quando comparado à população cisgénero)³² apresentam resultados semelhantes, o que permite inferir que estamos perante um problema global. Estes dados refletem, assim, a magnitude do problema e reforçam a necessidade de uma abordagem mais específica e informada.

Por sua vez, no que diz respeito à depressão, diversos estudos internacionais apontam para prevalências substancialmente superiores às observadas na população geral, com uma proporção significativa de indivíduos trans a reportar sintomas depressivos clinicamente relevantes ao longo da vida. Vários estudos dos Estados Unidos (a prevalência de depressão é cerca de 40% na população trans e 11% na população cisgénero) e Canadá (63,7% das pessoas trans sofrem de depressão comparado com 13,7% da população cisgénero) reportam níveis elevados de depressão

nestes indivíduos quando comparados à população cisgênero.¹⁴⁻²⁵ Na Europa, um estudo na Noruega (a prevalência de depressão ou ansiedade na população trans foi 50% e 62,7% para pessoas trans binárias e não-binárias, respetivamente, comparado com 15,6% verificados na população cisgênero masculina e 31,6% na população cisgênero feminina)²⁷ reportou resultados semelhantes. Já no resto do mundo, estudos em países como a China (70,96% da população trans sofre de sintomas depressivos comparado com 47,29% da população cisgênero heterossexual)^{28,29}, Tailândia (19,1% e 22,6% das mulheres e homens trans, respetivamente, experienciaram depressão quando comparados com os 12,2% e 14% de homens e mulheres cisgênero, respetivamente)³⁰, Taiwan (a prevalência de depressão na população trans e população cisgênero é 40,8% e 5,7%, respetivamente)³² e Bangladesh (a prevalência de depressão na população trans é 18,5%)³³, verificaram também taxas de depressão mais elevadas na população trans.

Já em Portugal, 98,1%, 97% e 68,8% dos indivíduos trans masculinos, trans femininos e não-binários, respetivamente, afirmam ter um humor depressivo. Por sua vez, no que toca a ideação suicida, os valores são 69%, 67,7% e 35,3%, respetivamente.³⁴

É importante reforçar que o risco não é uniforme dentro da população trans. Determinados subgrupos apresentam maior vulnerabilidade, nomeadamente os jovens trans. É verdade que a tendência se mantém nas diferentes faixas etárias, mas a incidência destes comportamentos é maior na população trans jovem quando comparada à população trans mais velha.^{35,36} Também indivíduos que experienciem rejeição familiar e níveis elevados de violência ou discriminação apresentam *outcomes* mais negativos. Finalmente, fatores interseccionais, como a raça, estatuto socioeconómico ou acesso a recursos podem agravar ainda mais estas disparidades.²⁰

Globalmente, estes dados epidemiológicos evidenciam a existência de desigualdades marcadas em saúde mental, salientando a importância de compreender os determinantes subjacentes a estas diferenças e de promover estratégias de intervenção adequadas.

FATORES DE RISCO

Atualmente, a análise dos fatores de risco associados à depressão e ao comportamento suicidário na população trans requer uma abordagem integrada e multidimensional. Deve considerar a interação entre determinantes individuais, interpessoais e estruturais. A literatura mostra que estes fatores atuam de forma conjunta e dinâmica, contribuindo para a acumulação de vulnerabilidades perpetuadas no tempo. Neste contexto, o *gender minority stress model* é um enquadramento teórico particularmente útil, pois permite compreender como a exposição contínua a contextos pautados pelo estigma, discriminação e exclusão social se traduz em maior risco de perturbações mentais.

Fatores individuais

Ao nível individual, diversos fatores têm sido associados a um aumento do risco de depressão e comportamento suicidário na população trans, embora a sua génese e expressão sejam frequentemente condicionadas por experiências sociais adversas. É fundamental evitar uma leitura patologizante destes fatores, uma vez que são consequência, e não causa primária, das desigualdades experienciadas.

Disforia de género: Quando presente, constitui uma fonte relevante de sofrimento psicológico. A incongruência entre a identidade de género e o corpo ou caracteres sexuais secundários pode gerar angústia significativa, particularmente em contextos onde o acesso a cuidados afirmativos de género é limitado ou mesmo inexistente. É, no entanto, importante ressaltar que a disforia de género não é universal a toda a população trans e o seu impacto psicológico é, maioritariamente, mediado por fatores contextuais.³⁷

Outcomes em saúde mental: A presença de comorbilidades psiquiátricas, como, por exemplo, as perturbações de ansiedade generalizada e perturbações relacionadas com o abuso de substâncias, é particularmente elevada nesta população. A exposição a experiências adversas e ao sofrimento psicológico que delas decorre podem aumentar a vulnerabilidade da população trans ao desenvolvimento de perturbações de ansiedade generalizada. Particularmente, esta sintomatologia ansiosa pode contribuir para o agravamento da sintomatologia depressiva e aumentar o risco de comportamento suicidário. Tal relação pode ser explicada por mecanismos como a impulsividade, a desregulação emocional e as dificuldades na utilização de estratégias adaptativas de *coping*.³⁸ Por sua vez, o abuso de substâncias, particularmente, tem sido descrito como uma estratégia de *coping* desadaptativa face a contextos de *stress* crónico.³⁹ Funciona, deste

modo, como fator de risco independente, mas também como marcador de vulnerabilidade psicológica.³⁸⁻⁴⁰

Internalização do preconceito: Quando sujeitas a experiências desfavoráveis de forma perpetuada no tempo, as pessoas trans podem começar a internalizar atitudes negativas da sociedade. Ao moldar os processos cognitivos, afetivos e comportamentais destes indivíduos, altera-se a sua própria percepção intrínseca, dos outros e do ambiente que os rodeia (estigma internalizado).¹³ Consequentemente, podem começar a experienciar vergonha e declínio da autoestima, contribuindo para o aumento da sintomatologia depressiva.^{41,42}

Evitamento e antecipação do preconceito: Ambientes hostis podem promover expectativa de discriminação ou vitimização nesta população. Devido ao medo de serem rejeitadas em público, as pessoas trans podem, como mecanismo de *coping* desadaptativo, evitar a exposição a contextos sociais, o que promove o seu isolamento e reduz a autoestima necessária para lidar com situações adversas. Por conseguinte, dá-se o surgimento de um ciclo vicioso de sofrimento psicológico, assim como o aumento do risco de depressão e de comportamento suicidário nesta população.^{41,42}

Fatores interpessoais

Os fatores interpessoais são os que ocorrem na relação entre as pessoas e desempenham um papel central na determinação da saúde mental da população trans. De facto, são frequentemente descritos como alguns dos mais influentes.

Rejeição familiar: A ausência de aceitação por parte das figuras parentais ou cuidadores está associada a piores *outcomes* em saúde mental na população trans. Assume particular relevância quando ocorre durante a infância e adolescência, que são períodos críticos do desenvolvimento pessoal.⁴³ Pode comprometer o desenvolvimento emocional e a construção de uma identidade segura, o que favorece o surgimento de sentimentos de isolamento, desvalorização e desesperança.⁴⁴ Por outro lado, a rejeição familiar está, ainda, associada a um aumento da exposição a outras formas de vulnerabilidade, como expulsão do domicílio⁴⁵, instabilidade habitacional e dificuldades económicas. Deste modo, a literatura sugere, de forma consistente e clara, que indivíduos trans que experienciam esta exclusão apresentam níveis mais elevados de depressão e comportamento suicidário.⁴³⁻⁴⁵

Bullying: Formas diversas de vitimização, como agressão verbal, exclusão social, assédio psicológico ou violência física, sobretudo em idade escolar e dirigidas à expressão ou identidade de género do indivíduo, caracterizam o *bullying*. A exposição repetida e continuada a este determinante está associada a níveis mais elevados de depressão e comportamento suicidário.⁴⁶

Para além disso, contribui para a internalização do estigma e para a perceção de ambientes sociais como inseguros, o que promove os comportamentos de evitamento e isolamento social.⁴⁷

Discriminação, vitimização e microagressões: A discriminação e vitimização correspondem a episódios de tratamento desigual, rejeição ou exclusão social⁴⁸, que podem assumir formas mais insidiosas, como as microagressões. Definem-se por breves indignidades quotidianas, verbais, comportamentais ou ambientais, intencionais ou não, que comunicam atitudes hostis, depreciativas ou ambientais, bem como desvalorizações e insultos dirigidos a comunidades marginalizadas.⁴⁹ No caso da população trans, correspondem a uso errado de pronomes, invasão da privacidade corporal, comportamentos de desconforto por parte de terceiros perante a identidade de género da pessoa trans ou não afirmação da sua identidade de género. Apesar de terem uma natureza insidiosa, e muitas vezes não serem intencionais, o facto de ocorrerem de forma repetida e cumulativa contribui para o aumento do sofrimento psicológico. Já a discriminação e vitimização, quando experienciadas em ambientes laborais, contribuem para a elevada taxa de desemprego nesta população, o que tem efeitos não só ao nível da saúde mental, bem como ao nível da saúde física destes indivíduos.⁴⁸ A exposição continuada a estes dois determinantes está associada a níveis mais elevados de depressão e comportamento suicidário.⁵⁰

Violência: A violência baseada no género manifesta-se sob variadas formas, entre as quais violência física, psicológica, sexual e verbal. Na realidade, esta violência é frequentemente motivada pela não conformidade com normas de género dominantes, refletindo atitudes transfóbicas e mecanismos de exclusão social, que constituem crimes de ódio. A literatura sugere que pessoas trans estão expostas a este tipo de violência de forma díspar, tanto em espaços públicos como em espaços privados, nos quais se incluem contextos familiares, comunitários e relacionais.^{48,51,52} Desta forma, a violência contribui para o aumento dos *outcomes* negativos em saúde mental verificados na população trans, como depressão, comportamento suicidário, ansiedade e perturbação de stress pós-traumático (PTSD).^{51,52}

Violência por parceiro íntimo: Inclui formas de abuso físico, psicológico, sexual e controlo coercivo no contexto de relações afetivas amorosas.⁵³⁻⁵⁶ A evidência científica demonstra, de forma transversal, que a população trans está particularmente vulnerável a este tipo de violência. Adicionalmente, estes indivíduos experienciam disparidades a nível económico e de políticas de proteção, o que causa uma elevada dependência do parceiro.⁵⁶ Consequentemente, dá-se a perpetuação desta violência no tempo, o que promove o aumento dos *outcomes* negativos em saúde mental verificados nesta população.⁵³⁻⁵⁶

Abuso e objetificação sexual: Refletem dinâmicas de poder, desvalorização e desumanização associadas à expressão e identidade de género.^{48,56} Para além de experiências de coerção ou violência sexual, a objetificação pode-se manifestar através da redução do indivíduo a

características corporais ou à sua identidade trans, o que é frequentemente acompanhado de fetichização e invasão dos limites pessoais.⁵⁷ A literatura evidencia que estes determinantes promovem o aumento das taxas de depressão e comportamento suicidário observados nesta população.^{48,56,57}

Fatores estruturais

Os fatores estruturais refletem a influência de sistemas sociais, económicos e políticos na vida das populações marginalizadas. A discriminação sistémica, no caso da população trans, manifesta-se em diversos domínios, nomeadamente no acesso ao emprego, educação, habitação e proteção social, o que contribui para uma precariedade económica e instabilidade habitacional.

Educação: A ausência de políticas inclusivas e de formação dos profissionais de educação e a inexistência de mecanismos eficazes de prevenção da discriminação, podem favorecer a exclusão e marginalização de estudantes trans. Estas condições contribuem para a exposição a ambientes inseguros, o que terá um impacto negativo no desempenho académico, participação escolar e bem-estar psicológico.⁵⁸ Nos estados dos Estados Unidos que não têm políticas antidiscriminatórias, os alunos têm pior desempenho escolar e taxas mais elevadas de sintomatologia depressiva.⁵⁸

Habitação: A discriminação no acesso ao arrendamento, a instabilidade habitacional e o risco acrescido de situação de sem-abrigo são mais prevalentes na população trans. São muitas vezes como consequências de rejeição familiar e marginalização social, o que contribui para níveis elevados de *stress*, insegurança e exposição a contexto de riscos, por exemplo, homicídio, com impacto negativo no bem-estar psicológico.^{45,59} Assim, estes determinantes estão associados a uma maior prevalência de depressão, ansiedade e comportamento suicidário.

Desemprego e economia: Resultantes da discriminação no acesso ao mercado de trabalho e de ambientes laborais não inclusivos, a exclusão profissional, o subemprego e a precariedade financeira limitam o acesso a recursos essenciais. Consequentemente, surgem níveis elevados de stress e insegurança, o que condiciona um aumento da prevalência dos *outcomes* negativos em saúde mental verificados na população trans.³⁷ Pode ainda afetar a saúde física dos indivíduos trans, constituindo uma barreira ao acesso a cuidados de saúde.

Reconhecimento legal da identidade de género e legislação protetora: A ausência de mecanismos acessíveis para a alteração do nome e género em documentos oficiais contribui para a recorrência de discriminação, *misgendering* (que corresponde à atribuição incorreta de género a uma pessoa, através do uso de pronomes, nomes e formas de tratamento de género incongruentes com a sua identidade)⁵⁷ e constrangimento em interações sociais e institucionais.^{60,61} De igual

forma, a falta de leis eficazes de proteção contra a discriminação e violência baseada no gênero e a falta de movimentos *pride* (o orgulho identitário, isto é, uma atitude positiva, afirmativa e valorizadora relativamente à própria identidade trans ou diversidade de gênero) contribui para a perpetuação de ambientes inseguros e desiguais.⁶²⁻⁶⁴ No entanto, é importante realçar que mesmo nos movimentos *pride*, a população trans sente discriminação perante as outras populações da comunidade.⁶⁵ Estas barreiras legais e institucionais estão associadas a níveis mais elevados de sofrimento psicológico.

Barreiras no desporto: As barreiras à participação em atividades desportivas contribuem para o evitamento da prática de atividade física, limitando os seus benefícios para a saúde física e mental.⁶⁶ Segundo estudos baseados em inquéritos comunitários, indivíduos trans reportam experiências de exclusão, ambientes não inclusivos e políticas desadequadas, manifestando-se sob a forma de falta de espaços seguros, divisão rígida por sexo nas competições, receio de discriminação e experiências prévias de *bullying* em contextos desportivos.⁶⁷

Integração dos fatores de risco

Os fatores de risco descritos não atuam de forma independente, mas interagem de uma forma dinâmica e contribuem, assim, para uma carga cumulativa de *stress* ao longo do tempo. Deste modo, a exposição em conjunto a níveis de adversidade diversos, como o individual, interpessoal e estrutural, amplifica o impacto negativo na saúde mental, aumentando a probabilidade de desenvolvimento de depressão e comportamento suicidário.

Neste sentido, ao fazer o paralelismo entre estes fatores e o *gender minority stress model*, podemos compreendê-los como diferentes manifestações de *stress* distal e *stress* proximal, sendo o estigma o elemento transversal. Assim, compreende-se que o risco acrescido observado na população trans resulta predominantemente de fatores externos modificáveis, e não de características intrínsecas à identidade de gênero. É possível, deste modo, desenvolver intervenções direcionadas, capazes de atuar sobre múltiplos níveis, promovendo a redução do risco na população trans.

FATORES PROTETORES

Os fatores protetores, ao contrário dos fatores de risco, correspondem a determinantes estruturais, interpessoais e individuais que atenuam e mitigam o impacto das experiências desfavoráveis, promovendo melhores *outcomes* em saúde mental. Em populações marginalizadas, como é o caso da população trans, assumem particular relevância, visto que podem funcionar como mecanismos de *buffering* face ao estigma, discriminação e exclusão social. A literatura sugere, deste modo, que estes determinantes estão associados a menor prevalência de sintomatologia depressiva e comportamento suicidário, o que reforça a importância de abordagens integradas e centradas na pessoa.

Apoio familiar e social: A aceitação por parte dos pais, cuidadores e outros elementos significativos na vida das pessoas trans contribui para a construção de uma identidade mais segura. Assim, apoia a redução de sentimentos de isolamento, rejeição e desesperança. Por sua vez, o apoio de amigos, pares e redes comunitárias assume, de igual modo, um papel relevante, proporcionando validação, pertença e suporte emocional.⁶⁸⁻⁷² Segundo um estudo da Nova Zelândia, indivíduos trans que vivam numa vizinhança que os acolha e lhes assegure um sentimento de pertença, têm menores taxas de depressão.⁶⁸ Deste modo, estes vínculos interpessoais funcionam como atenuadores do impacto do estigma e discriminação, promovendo maior resiliência psicológica.⁶⁸⁻⁷²

Validação e afirmação da identidade de género: O reconhecimento do nome e dos pronomes corretos, a possibilidade de expressão de género congruente e a aceitação da identidade de género em diferentes contextos sociais estão associados a menores níveis de sintomatologia depressiva e comportamento suicidário. Segundo um estudo dos Estados Unidos, a afirmação de género contribui para mitigar a associação entre a discriminação e a ideação suicida.⁷³ Por outro lado, tornar os processos de afirmação e transição legais e médicos mais acessíveis e com baixo custo também contribuiu para reduzir a incongruência vivida e promoveu sentimentos de autenticidade, autoestima e pertença.⁷³ Desta forma, a validação diária da identidade pode ser entendida como um determinante protetor com impacto clínico relevante.⁷⁴

Comunidade e sentimento de pertença: O contacto com pares que vivenciam experiências semelhantes pode reduzir o isolamento e favorecer a normalização de vivências. Para muitos indivíduos, a comunidade funciona como uma fonte de suporte emocional, sobretudo em situações onde os contextos familiares ou institucionais são pouco afirmativos. Também o orgulho de identidade pode ser visto como um fator protetor, na medida em que estes indivíduos aceitam completamente a sua identidade de género, obtendo satisfação da mesma.^{75,76} No entanto, é importante referir que o sentimento de pertença à comunidade pode acarretar experiências

negativas também. De facto, indivíduos da comunidade podem experienciar o sofrimento de outros.⁷⁶ Por sua vez, a pertença à comunidade está fortemente ligada a uma maior literacia de género e ativismo trans, que podem funcionar como fatores protetores. Contudo, um estudo demonstrou que a literacia de género se pode associar a sofrimento psicológico por aumentar a consciência do estigma vivido, podendo ser acompanhada de uma maior sobrecarga psicológica e exposição ao preconceito.⁷⁰ Por outro lado, demonstrou ainda que o ativismo trans pode estar associado a sofrimento psicológico pela maior exposição ao estigma e conflito social, havendo uma maior sobrecarga psicológica pela constante defesa de direitos.⁷⁰ Conclui-se, assim, que no geral o sentimento de pertença emergente desta comunidade pode contribuir para maior autoestima e menor vulnerabilidade psicológica.^{70,75,76}

Resiliência e mecanismos de *coping*: A resiliência pode ser pensada como uma qualidade pessoal para adaptação positiva, permitindo aos indivíduos sobreviver ou dar a volta a situações de adversidade.⁷⁶ Já o *coping* pode ser entendido como o conjunto das estratégias cognitivas e comportamentais para gerir exigências externas ou internas específicas e relacionam-se com os recursos individuais de cada pessoa. A resiliência e as estratégias de *coping* adaptativas, ou seja, as que promovem a saúde mental (a título de exemplo, educação ou defesa ativa dos direitos trans) podem atenuar o impacto das experiências de discriminação e vitimização.⁷⁵⁻⁷⁷ No entanto, é importante salientar que estratégias de *coping* desadaptativas, isto é, estratégias que aliviam o sofrimento psicológico de forma momentânea, mas que falham em resolver o problema (por exemplo, abuso de substâncias, isolamento, ou internalização do preconceito), vão contribuir para o agravamento dos *outcomes* em saúde mental.⁷⁷

Ambientes inclusivos e proteção institucional: Escolas, locais de trabalho e espaços comunitários que adotem políticas inclusivas, linguagem respeitadora e mecanismos de proteção contra a discriminação contribuem para reduzir a exposição ao stress das minorias.^{71,72} A literatura sugere que escolas onde há legislações protetoras de combate ao estigma estão associadas a maior bem-estar psicológico, bem como a melhor rendimento académico.^{71,72} Por outro lado, ambientes laborais com promoção de práticas institucionais afirmativas diminuem a insegurança e a instabilidade económica desta população, reforçando a inclusão social.⁷⁶

Em suma, os fatores protetores na população trans não eliminam a exposição ao preconceito, mas podem mitigar de forma significativa o impacto cumulativo do estigma e da discriminação. É de extrema importância salientar que a sua ação deve ocorrer nos diferentes níveis, estrutural, interpessoal e individual. Desta forma, reforça-se a ideia de que a promoção da saúde mental na população trans depende não só da minimização dos fatores adversos, como também da criação de contextos e ambientes seguros, afirmativos e inclusivos.

ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

O acesso a cuidados de saúde é um determinante central da saúde e do bem-estar. Atualmente, a evidência científica demonstra que a população trans apresenta maior utilização dos serviços de saúde quando comparada à população cisgénero. No entanto, esta experiência continua frequentemente marcada por desigualdades persistentes. Apesar dos avanços verificados nas últimas décadas em matéria de reconhecimento da diversidade de género, a literatura sugere que muitas pessoas trans continuam a enfrentar barreiras significativas no acesso a estes serviços de saúde. Estes obstáculos podem-se manifestar a nível estrutural, institucional, interpessoal ou individual e promovem o adiamento, evitamento ou interrupção dos cuidados de saúde, o que, consequentemente, contribui para a deterioração da saúde física e mental destas pessoas.

Neste contexto, o acesso aos cuidados de saúde não depende só da disponibilidade formal dos serviços, bem como da sua capacidade de responder de forma adequada, respeitadora e afirmativa, respondendo às necessidades específicas individuais de cada pessoa. A existência de constantes ambientes clínicos pouco inclusivos, em associação a experiências de discriminação e desadequada preparação dos profissionais de saúde, contribui para a perpetuação de desigualdades e para o agravamento do sofrimento psicológico destes indivíduos.

Barreiras estruturais

Ao nível das barreiras estruturais incluem-se todos os obstáculos produzidos por sistemas sociais, políticos e económicos que limitam o acesso equitativo a cuidados de saúde. De facto, na maioria dos contextos, a oferta de cuidados especializados é insuficiente para responder às necessidades existentes, obrigando os indivíduos a percorrer longas distâncias, recorrer ao setor privado ou adiar, e por vezes até interromper, cuidados considerados essenciais.

Em diferentes contextos europeus, estes obstáculos surgem de forma recorrente. Em Espanha, a falta de profissionais especializados condiciona longas listas de espera, obrigando praticamente todos os indivíduos a partilhar o mesmo médico. Isto afeta negativamente a qualidade de vida dos indivíduos que procuram tratamento.⁷⁸ O mesmo estudo demonstra ainda que indivíduos com maior capacidade económica conseguem, de forma mais célere, aceder ao mesmo médico do setor público através do setor privado, levantando-se, inclusivamente, uma questão ética.⁷⁸ De igual forma, estudos realizados na Alemanha, Bélgica, Países Baixos e França identificam os custos e os tempos de deslocação como barreiras centrais no acesso aos cuidados de saúde.^{79,80}

Estas dificuldades são igualmente descritas noutros contextos geográficos. No Canadá, uma maior proporção de indivíduos trans encontra-se abrangida pelo *public drug coverage* (um marcador de salários baixos, por assentar na necessidade financeira) quando comparada com a população geral.⁸¹ Nos Estados Unidos, os custos dos cuidados de saúde permanecem uma barreira importante mesmo entre indivíduos com seguro de saúde. Por outro lado, políticas contra a discriminação nos seguros associam-se à redução de *outcomes* negativos em saúde mental.^{82,83} Já na Índia e no Paquistão, destacam-se os longos tempos de espera, as grandes distâncias percorridas e os custos associados tanto às deslocações como aos próprios cuidados, sendo estes últimos, em muitos casos, impeditivos do acesso.^{84,85}

No seu conjunto, estes dados demonstram que os obstáculos estruturais ao acesso aos cuidados de saúde são condicionados pela baixa existência formal de serviços, mas também dependem da sua acessibilidade real, da distribuição dos recursos e da capacidade económica dos indivíduos.

Barreiras institucionais

As barreiras institucionais incluem as limitações existentes no funcionamento interno dos serviços de saúde e das organizações que são responsáveis pela prestação dos mesmos. Entre estas, destacam-se a insuficiente formação dos profissionais relativamente à saúde trans, a inexistência de protocolos claros, sistemas de registo inclusivos e práticas organizacionais sensíveis à identidade de género.

A literatura demonstra que estas dificuldades se expressam de várias formas nos diferentes contextos de prestação de cuidados. Em Espanha, a população trans reporta que os profissionais de saúde ainda não se encontram devidamente preparados para lidar com a saúde trans, sendo frequentemente os próprios doentes a assumir o papel de educadores.⁷⁸ O mesmo estudo refere que o preenchimento dos formulários de entrada no hospital continua a gerar constrangimentos no que toca à identificação do género, e que a existência exclusiva de casas de banho binárias constitui um motivo adicional de desconforto, visto que os indivíduos trans se veem obrigados a justificar a utilização de determinado espaço.⁷⁸

Nos Estados Unidos, a população trans apresenta taxas elevadas de negação da prestação de cuidados de saúde quando comparada com a população cisgénero. É igualmente referido que os profissionais de saúde não se encontram preparados para corresponder às expectativas destes indivíduos, em grande parte devido à falta de literacia em saúde trans.^{82,83,86-88} Resultados semelhantes foram descritos na Índia, onde a ausência de uma opção de terceiro género nas fichas

de admissão hospitalar constitui uma barreira ao acesso aos cuidados de saúde, sendo também referido que a população trans sente recorrentemente que tem de educar os profissionais devido à falta de formação específica nesta área.⁸⁴ Já no Paquistão, é sugerida a existência de altas taxas de negação da prestação de cuidados de saúde dirigidos à população trans.⁸⁵

Assim, as barreiras institucionais não decorrem apenas da ausência de recursos, bem como da forma como os serviços estão organizados e da sua insuficiente adaptação à diversidade de género, comprometendo a qualidade, segurança e inclusividade dos cuidados prestados.

Barreiras interpessoais

As barreiras interpessoais surgem das interações entre os indivíduos trans e os profissionais de saúde e incluem formas de discriminação explícita, estigma, invalidação da identidade de género, *misgendering* ou comportamentos de curiosidade invasiva. Estas experiências afetam negativamente a adesão ao acompanhamento e a continuidade dos cuidados, podendo comprometer significativamente a relação médico-doente.

Em diferentes contextos, a literatura evidencia a recorrência de experiências interpessoais negativas em ambiente clínico. Em Espanha, a população trans está sujeita a episódios de *misgendering* e estigma, sendo também referidas perguntas desnecessárias colocadas pelos profissionais de saúde, tais como o nome prévio ou a realização de cirurgias anatómicas. Seguem-se, assim, estados de ansiedade persistentes e evitamento do acompanhamento.⁷⁷ Também no Reino Unido são descritas dificuldades na comunicação e na relação médico-doente, contribuindo para a diminuição da adesão aos cuidados.⁸⁹

Nos Estados Unidos, a literatura demonstra que a população trans pode experienciar objetificação do corpo por parte dos profissionais de saúde, bem como invalidação da sua identidade de género.^{82,90,91} De forma semelhante, na Nova Zelândia, é demonstrado que os profissionais colocam frequentemente perguntas desnecessárias e invasivas a indivíduos desta população, aumentando a ansiedade experienciada.⁹² Na Índia, o estigma e a discriminação sofridos pela população trans na procura de serviços de saúde ocorrem de forma recorrente. É ainda referido que os profissionais de saúde manifestam desconforto na presença destes indivíduos, o que desencoraja a procura de cuidados.⁸⁴

Globalmente, estes achados sugerem que as barreiras interpessoais em contexto clínico não se limitam a episódios isolados de tratamento inadequado, mas representam experiências recorrentes que comprometem a confiança nos serviços de saúde, favorecendo o evitamento dos cuidados e agravando a vulnerabilidade psicológica desta população.

Barreiras individuais

Para além dos obstáculos externos, há ainda barreiras internas que podem interferir com o acesso aos cuidados, muitas vezes resultantes da internalização de experiências prévias de discriminação, estigma e exclusão. Incluem o medo de recorrer aos serviços, a perceção de insegurança em contexto clínico, a perda de confiança no sistema de saúde e o evitamento dos cuidados por antecipação de experiências negativas.

A literatura sugere que estes obstáculos são particularmente relevantes na população trans. Em estudos realizados nos Estados Unidos, os participantes referiram não se sentir seguros nos serviços de saúde devido a experiências prévias de sofrimento físico e emocional, manifestando também perda de esperança no sistema de saúde.⁸² Foi ainda descrito evitamento dos serviços de saúde por estigma antecipado e experiências anteriores de discriminação.⁹³

De forma geral, estes achados evidenciam que o impacto das experiências negativas em contexto clínico não se limita ao momento em que ocorrem, podendo perpetuar-se através de mecanismos de desconfiança e evitamento, que dificultam a procura futura de cuidados.

Barreiras no acesso a cuidados de saúde em Portugal

No contexto português, a literatura disponível sugere que as barreiras no acesso a cuidados de saúde experienciadas pela população trans se sobrepõem, em grande medida, aos padrões verificados internacionalmente. Num estudo realizado com pessoas trans seguidas no SNS, metade dos participantes reportou pelo menos um episódio de discriminação por parte de profissionais de saúde. O episódio mais comumente reportado foi o uso de linguagem preconceituosa ou insultuosa, sendo o serviço de urgência o contexto em que estas experiências ocorreram com maior frequência, sugerindo maior vulnerabilidade em ambientes com menor continuidade e menos preparados para responder de forma ativa às necessidades desta população.⁹⁴ Para além da discriminação diretamente percebida, os dados nacionais sugerem limitações importantes ao nível da literacia dos profissionais sobre a saúde trans. Um terço dos participantes referiu que os profissionais de saúde assumiram não possuir conhecimento suficiente sobre saúde trans para aconselhar adequadamente, e mais de dois terços afirmaram que tiveram de educar os profissionais pelo menos uma vez.⁹⁴

Segundo um estudo posterior, realizado em cuidados de saúde primários, cerca de dois terços dos médicos entrevistados referiram já ter contactado com pessoas trans na prática clínica, apesar do grau percebido de formação nesta área, durante o curso de Medicina e nos anos

seguintes, em pós-graduação, ser muito baixo.² Paralelamente, demonstraram-se níveis reduzidos de conhecimento relativamente a aspetos fundamentais da abordagem clínica desta população.² Estes achados sugerem que, em Portugal, as barreiras aos cuidados não decorrem apenas de episódios discriminatórios explícitos, mas também da insuficiente preparação dos profissionais para responder às necessidades específicas desta população.

Nos cuidados de saúde primários, esta realidade assume particular relevância, pois a Medicina Geral e Familiar (MGF) tem um papel central na referência e acompanhamento longitudinal dos doentes. Apenas uma minoria dos participantes deste estudo mantinha seguimento em MGF, apesar do contacto prévio com este nível de cuidados, determinando-se uma associação entre experiências de discriminação neste contexto e desconforto em discutir questões de saúde trans com o médico de família.² O estudo conclui que, embora muitos profissionais estejam confortáveis com a ideia de acompanhar pessoas trans, este conforto não é, universalmente, acompanhado por conhecimento clínico suficiente, comprometendo a qualidade do acompanhamento e segurança da relação médico-doente.²

A literatura sugere, ainda, entraves a nível estrutural. No estudo realizado com pessoas trans seguidas no SNS, uma proporção considerável dos participantes não apresentava seguimento noutras especialidades para além da consulta de sexologia, tendo sido também descritos tempos médios de espera superiores a dez meses para a primeira consulta cirúrgica.⁹⁴ Estes resultados evidenciam que, mesmo quando existem vias formais de acesso aos cuidados, a articulação inadequada entre os diferentes níveis de cuidados pode funcionar como uma barreira estrutural aos cuidados e agravar o sofrimento psicológico destas pessoas.⁹⁴

Em conjunto, estes estudos mostram que os obstáculos no acesso aos cuidados de saúde em Portugal refletem uma combinação de discriminação, falhas na formação clínica de profissionais de saúde e constrangimentos estruturais na resposta às necessidades da população trans. Deste modo, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde exige não só a redução de episódios discriminatórios, mas também um investimento na formação dos profissionais e criação de respostas de saúde mais adequadas, acessíveis e afirmativas.^{2,94}

Impacto das barreiras na saúde mental

As barreiras no acesso aos cuidados de saúde têm um impacto profundo na saúde global da população trans, nomeadamente na saúde mental, na medida em que comprometem não só a utilização dos serviços, bem como a sua função terapêutica. O adiamento, evitamento ou interrupção dos cuidados pode atrasar o diagnóstico, limitar o acesso a apoios psicológicos e

diminuir a probabilidade de intervenção precoce em situações de maior vulnerabilidade clínica.⁸² Ademais, a ausência de cuidados afirmativos e a repetição de experiências negativas em contexto de saúde contribuem para a intensificação do sofrimento psicológico e para a perpetuação de desigualdades em saúde.⁷⁸

No caso específico da depressão e do comportamento suicidário, estas barreiras assumem particular gravidade. A dificuldade em aceder a serviços seguros, competentes e inclusivos pode comprometer a identificação atempada de sintomatologia relevante, reduzir a adesão ao acompanhamento e condicionar oportunidades de prevenção e intervenção em momentos chave. Por outro lado, experiências de exclusão no próprio sistema de saúde podem ampliar os sentimentos de internalização da transfobia.⁹³

Deste modo, a análise das barreiras no acesso aos cuidados de saúde evidencia que a vulnerabilidade da população trans não decorre apenas da maior exposição a fatores de risco sociais, interpessoais e estruturais, mas também da insuficiente capacidade dos sistemas de saúde para responder de forma afirmativa e equitativa às suas necessidades.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Ao analisar a literatura disponível, verifica-se que, para melhorar a saúde mental da população trans, devemos atuar nos diferentes contextos individuais, interpessoais, estruturais e institucionais. Uma vez que o risco acrescido de *outcomes* mentais negativos não advém da identidade trans em si, é importante agir nesses diferentes domínios. É necessário criar ambientes afirmativos e seguros, que sejam capazes de reduzir a exposição ao estigma e promover um acompanhamento adequado, ao favorecer a confiança nos serviços de saúde.⁹⁶

Identificação e intervenção precoce sobre fatores de risco: Sendo a depressão e os comportamentos suicidários problemas de saúde pública, é necessário criar estratégias de intervenção e deteção precoces. Estas devem abranger os diferentes domínios em que está presente e perpetuado o estigma na vida das pessoas trans. Como os fatores dos diferentes domínios atuam de forma cumulativa, deve-se fazer uma leitura contextual do risco, atuando nos ambientes em que o indivíduo vive e procura apoio.^{48,71}

É ainda importante identificar grupos particularmente vulneráveis. Os dados sugerem maior risco entre pessoas trans mais jovens, especialmente quando expostas a ambientes escolares inseguros, rejeição familiar ou violência persistente. Por outro lado, as experiências cumulativas de estigma interpessoal ou estrutural contribuem para a intensificação do sofrimento mental, e assim deve-se intervir precocemente nas mesmas. Desta forma, o seguimento de pessoas trans com sinais de maior vulnerabilidade deve ser mais próximo, continuado e mais atento a mudanças contextuais que possam precipitar agravamento clínico.^{58,68}

Promoção de fatores protetores e suporte social: Segundo a análise da literatura, é sugerido que o apoio social pode ser um fator protetor de grande importância, nomeadamente o apoio familiar. Está associado à redução dos comportamentos suicidários, enquanto que ambientes familiares hostis associam-se a maior vulnerabilidade psicológica. No caso dos adolescentes ou jovens trans, este apoio é ainda mais importante, visto que o ambiente que os rodeia pode influenciar a trajetória da saúde mental. Assim, é aconselhado a inclusão das relações familiares nas intervenções, com o objetivo de reforçar redes de apoio e ambientes de maior aceitação.^{48,68,71}

Por outro lado, a ligação a pares, o sentimento de pertença, ambientes escolares ou laborais seguros e estáveis e a validação da identidade de género constituem outras medidas de proteção onde a intervenção se deve também focar. O uso do nome escolhido e dos pronomes corretos e a documentação concordante com a identidade de género estão associadas a melhor bem-estar psicológico. A literatura demonstra, ainda, que a existência de políticas e leis protetoras são favoráveis à saúde mental da população trans.⁵⁸

Porém, vale a pena salientar que nem todos os fatores habitualmente assumidos como protetores atuam como tal em todos os contextos. Pessoas trans ativistas, associadas ao orgulho identitário e à pertença da comunidade, podem estar expostas a níveis superiores de estigma e preconceito. Estes fatores podem não ser suficientes para neutralizar o efeito nefasto desta maior exposição a ambientes hostis.⁷⁶

Cuidados afirmativos de género: Na procura de cuidados de saúde, os indivíduos trans devem encontrar validação do seu género, uso correto do nome e pronomes, ausência de atitudes patologizantes e respeito pela autodeterminação, conhecido como cuidados afirmativos de género. A literatura é objetiva e universal a demonstrar que ambientes clínicos afirmativos contribuem para maior confiança nos serviços de saúde, melhor adesão ao acompanhamento e redução do impacto psicológico do *stress* das minorias.^{8,78}

Neste sentido, a saúde mental deve ser integrada transversalmente no acompanhamento da população trans, em qualquer contexto clínico. Sempre que há seguimento de uma pessoa trans, deve haver uma abordagem multidisciplinar, reforçando sempre a autonomia corporal e expressão de género do doente, que pode desejar certas intervenções que tenham um impacto positivo no seu bem-estar mental.^{8,48,96}

Formação e capacitação dos profissionais de saúde: A literatura demonstra que a principal barreira no domínio interpessoal na procura por cuidados de saúde é a falta de literacia em saúde trans pelos profissionais de saúde. Não assenta unicamente no desconhecimento técnico, bem como na dificuldade em usar a linguagem adequada ou receio de errar, o que faz com o que o doente assuma frequentemente o papel de educador. Deve-se, assim, investir na formação em saúde trans durante o percurso académico dos profissionais de saúde.

A evidência científica sugere que muitos profissionais podem beneficiar de modelos progressivos de formação, desde os conteúdos mais básicos até treinos mais aprofundados, atualizando-se sempre que necessário. Para além disso, é fundamental desenvolver competências de comunicação clínica que permitam evitar perguntas invasivas, pressupostos cisnormativos e atitudes paternalistas ou patologizantes.^{78,95}

Mudanças institucionais nos cuidados de saúde: Para além da competência individual dos profissionais de saúde, as barreiras institucionais têm um impacto considerável na saúde mental da população trans. Podem contribuir diretamente para o evitamento dos serviços e atraso na procura de ajuda, podendo impactar até a saúde física destes indivíduos. A literatura reforça a importância da criação de serviços de saúde mais inclusivos, com protocolos claros, documentação adaptada e acesso mais equitativo a cuidados gerais, saúde mental ou intervenções de afirmação de género.^{78,86}

A organização dos serviços de saúde deve diminuir a exposição a *misgendering*, curiosidade invasiva ou outras microagressões em qualquer momento administrativo ou clínico. É importante

salientar que pessoas trans de áreas mais rurais experienciam maior dificuldade na acessibilidade aos cuidados de saúde, sendo importante garantir soluções de continuidade, como por exemplo, apoio remoto.⁶⁸

Reformulações estruturais: Todas as intervenções supramencionadas serão insuficientes se não forem acompanhadas de uma mudança ao nível estrutural. Todas as políticas públicas, normas sociais ou contextos escolares ou laborais vão impactar a saúde mental da população trans. A literatura sugere que leis e políticas afirmativas, associadas a orientações protetoras conferem melhores *outcomes* em saúde mental, nomeadamente, redução da sintomatologia depressiva, maior segurança e menor exposição a contextos nocivos.^{48,71,96}

A prevenção da depressão e comportamentos suicidários na população trans é uma tarefa também social e política. Intervenções em escolas, programas anti-*bullying*, promoção de ambientes seguros, combate à discriminação, proteção legal e redução da insegurança social são medidas para melhorar a saúde mental desta população, uma vez que o risco acrescido não tem origem na identidade trans em si, mas sim no peso cumulativo de experiências adversas.^{8,96}

Neste contexto, o conjunto destes dados mostra que as intervenções não devem passar unicamente pelo tratamento de episódios depressivos ou crises suicidárias. Mais do que responder ao sofrimento psicológico quando este já se encontra instalado, é importante criar condições clínicas, relacionais e estruturais que o previnam.⁹⁷ Para evitar a formação e perpetuação do estigma, é necessário aliar o cuidado afirmativo à reformulação dos diferentes ambientes.

CONCLUSÃO

A população trans encontra-se em maior risco de depressão e comportamentos suicidários. Embora a sua origem não seja a identidade trans em si, a integração dos diferentes contextos individuais, interpessoais e estruturais permite-nos compreender este risco. O estigma surge como principal perpetuador deste risco, enquanto vários fatores protetores nos diferentes níveis foram identificados.

Também no acesso a cuidados de saúde, esta população vê-se desfavorecida quando comparada com a população cisgénero, nomeadamente por sistemas de saúde muito cisnormativos.

Nos últimos anos, a população trans tem ganhado maior visibilidade, o que contribui para um número crescente de estudos nesta área. Apesar deste crescimento, ainda existem lacunas que valem a pena salientar. A representatividade das amostras ainda não é ideal, quer em número, quer em qualidade. Poucos estudos distinguem indivíduos trans por outras características que podem trazer maior exposição ao estigma, como a cor da pele. Por outro lado, há pouca investigação disponível em certos contextos específicos, como, por exemplo, o SNS português. Estas limitações salientam a necessidade de investigação futura que aprofunde, entre outros, o impacto de intervenções clínicas, institucionais e políticas.

O estigma é, em grande medida, socialmente produzido e potencialmente modificável. Esta contestação tem profundas implicações éticas, clínicas e até mesmo políticas. Mais do que reconhecer a existência do risco acrescido, importa agir sobre o mesmo. Promover a saúde da população trans é um imperativo de saúde pública.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. (2025, March 25). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Consultado pela última vez em: 01/04/2026
2. World Health Organization. (2025, August 29). Depressive disorder (depression). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Consultado pela última vez em: 01/04/2026
3. Approach and guidance of trans and non-binary people in primary health care: experience and knowledge. (2024). *Portuguese Journal of Family Medicine and General Practice*, 40(2), 126-36. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i2.13658>
4. Holt, M. K., Parodi, K. B., Elgar, F. J., Vigna, A., Moore, L. B., & Koenig, B. (2023). Identifying protective factors for gender diverse adolescents' mental health. *Npj Mental Health Research*, 2(1), 10. <https://doi.org/10.1038/s44184-023-00029-8>
5. World Professional Association for Transgender Health. (2022). *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people (Version 8)*. International Journal of Transgender Health, 23(sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
6. 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>
7. Perzanowski, E.S., Ferraiolo, T., Keuroghlian, A.S. (2020). Overview and Terminology. In: Forcier, M., Van Schalkwyk, G., Turban, J. (eds) *Pediatric Gender Identity*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-38909-3_1
8. Kirby, A. V., Krebs, E., Hiatt, L., Docherty, A., Mihalopoulos, N. L., Keeshin, B. R., Peifer, E., Craker, M., Staley, M., Bakian, A. V., & Coon, H. (2024). «It's not the "being trans," it's everything around that»: Trans Community Perspectives for Suicide Prevention. *Bulletin of Applied Transgender Studies*, 3(1–2), 69–97. <https://doi.org/10.57814/ec38-hh59>
9. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
10. World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision)*. <https://icd.who.int/>
11. 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>
12. Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
13. 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 & medicine* (1982), 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
14. Pampati, S., Dana Flanders, W., Zhang, Q., Ahmedani, B. K., Bhasin, S., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2023). Prevalence of self-inflicted injuries among transgender and gender diverse adolescents and young adults compared to their peers: An examination of interaction with mental health morbidity. *Annals of Epidemiology*, 81, 40-46.e2. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2023.03.003>
15. Marconi, E., Monti, L., Marfoli, A., Kotzalidis, G. D., Janiri, D., Cianfriglia, C., Moriconi, F., Costa, S., Veredice, C., Sani, G., & Chieffo, D. P. R. (2023). A systematic review on gender dysphoria in adolescents and young adults: Focus on suicidal and self-harming ideation and behaviours. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00654-3>

16. Suarez, N. A., McKinnon, I. I., Krause, K. H., Rasberry, C. N., Pampati, S., & Michael Underwood, J. (2024). Disparities in behaviors and experiences among transgender and cisgender high school students—18 U.S. states, 2021. *Annals of Epidemiology*, 94, 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2024.05.004>
17. Kidd, J. D., Tettamanti, N. A., Kaczmarkiewicz, R., Corbeil, T. E., Dworkin, J. D., Jackman, K. B., Hughes, T. L., Bockting, W. O., & Meyer, I. H. (2023). Prevalence of substance use and mental health problems among transgender and cisgender U.S. adults: Results from a national probability sample. *Psychiatry Research*, 326, 115339. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115339>
18. Kattari, S. K., Kattari, L., Johnson, I., Lacombe-Duncan, A., & Misiolek, B. A. (2020). Differential Experiences of Mental Health among Trans/Gender Diverse Adults in Michigan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6805. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186805>
19. Kahn, G. D., Lockhart, E., Simon, G. E., Owen-Smith, A. A., Rossom, R. C., Beck, A. L., Lynch, F. L., Daida, Y. G., Lu, C. Y., Waring, S., Yeh, H.-H., & Ahmedani, B. K. (2024). Recorded Diagnosis of Gender Identity Disorder Is Strongly Associated with Suicide Mortality. *Transgender Health*, 9(5), 454–458. <https://doi.org/10.1089/trgh.2022.0110>
20. Srivastava, A., Rusow, J. A., & Goldbach, J. T. (2021). Differential Risks for Suicidality and Mental Health Symptoms Among Transgender, Nonbinary, and Cisgender Sexual Minority Youth Accessing Crisis Services. *Transgender Health*, 6(1), 51–56. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0034>
21. Lutz, N. M., Chamberlain, S. R., Grant, J. E., Lochner, C., Wilkinson, P. O., Ford, T. J., & Neufeld, S. A. S. (2024). Similarities and differences in the functions of non-suicidal self-injury (NSSI) across gender non-conforming and cisgender young adults. *Journal of Affective Disorders*, 367, 496–506. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.224>
22. Klein, H., & Washington, T. A. (2023). The «triple whammy»: Serious psychological distress, suicidal ideation, and substance misuse among transgender persons. *Acta Psychologica*, 241, 104092. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104092>
23. Jackman, K. B., Caceres, B. A., Kreuze, E. J., & Bockting, W. O. (2021). Suicidality among Gender Minority Youth: Analysis of 2017 Youth Risk Behavior Survey Data. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 25(2), 208–223. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1678539>
24. Jackman, K. B., Bockting, W. O., Divsalar, S., Luhur, W., Leonard, S. I., Lin, A., & Meyer, I. H. (2025). Prevalence and Correlates of Nonsuicidal Self-Injury Among Transgender People: Results from a U.S. Probability Sample. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000794>
25. Eccles, H., Abramovich, A., Patte, K. A., Elton-Marshall, T., Racine, N., Ferro, M. A., Edwards, J., Anderson, K. K., Afifi, T. O., Geoffroy, M.-C., Kingsbury, M., & Colman, I. (2024). Mental Disorders and Suicidality in Transgender and Gender-Diverse People. *JAMA Network Open*, 7(10), e2436883. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.36883>
26. Erlangsen, A., Jacobsen, A. L., Ranning, A., Delamare, A. L., Nordentoft, M., & Frisch, M. (2023). Transgender Identity and Suicide Attempts and Mortality in Denmark. *JAMA*, 329(24), 2145–2153. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.8627>
27. Anderssen, N., Sivertsen, B., Lønning, K. J., & Malterud, K. (2020). Life satisfaction and mental health among transgender students in Norway. *BMC Public Health*, 20(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8228-5>
28. Wang, Y., Yu, H., Yang, Y., Drescher, J., Li, R., Yin, W., Yu, R., Wang, S., Deng, W., Jia, Q., Zucker, K. J., & Chen, R. (2020). Mental Health Status of Cisgender and Gender-Diverse Secondary School Students in China. *JAMA Network Open*, 3(10), e2022796. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.22796>
29. Sun, S., Xu, S., Guy, A., Guigayoma, J., Zhang, Y., Wang, Y., Operario, D., & Chen, R. (2023). Analysis of Psychiatric Symptoms and Suicide Risk Among Younger Adults in China by Gender Identity and

- Sexual Orientation. *JAMA Network Open*, 6(3), e232294. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.2294>
30. Wichaidit, W., Assanangkornchai, S., & Chongsuvivatwong, V. (2021). Disparities in behavioral health and experience of violence between cisgender and transgender Thai adolescents. *PLoS One*, 16(5), e0252520. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252520>
 31. Majumder, A., Chatterjee, S., & Bhattacharjee, K. (2021). Exploring Cross-Sectional Predictors of Suicide Ideation, Attempt, and Risk in Gender Incongruent Adults in India. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 25(2), 103–109. https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_100_21
 32. Hsu, C.-W., Brian Chen, Y.-C., Wang, L.-J., Chen, M.-H., Yang, Y.-H., Liang, C.-S., Chen, P.-Y., & Chia-Cheng Lai, E. (2025). Mortality among transgender persons: A Taiwan matched-population and sibling-comparison cohort study. *The Lancet Regional Health. Western Pacific*, 64, 101715. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2025.101715>
 33. Abbassi, N. A., Sarker, M., Maruf, M. M., Ahmed, H. U., Alam, M. T., Rahman, S. R., Islam, M. R., & Shahrin, L. (2026). Psychiatric morbidities and associated psychosocial factors among adult transgender population in Dhaka city, Bangladesh. *BMC Psychiatry*, 26(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07673-8>
 34. de Magalhães Guimarães, J. L., Cardoso Lemos, C. L., & Teixeira Brandão Figueiredo, Z. M. (2025). Pessoas com Diversidade de Género em Portugal: Uma Breve Análise ao BemEstar Psicológico e aos Ambientes Familiar e Social. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, 11(1), 28–39. <https://doi.org/10.51338/rppsm.555>
 35. Kerr, M., Davoudpour, S., Phillips, G., Beach, L. B., & Felt, D. (2024). Mental health of gender minority older adults in the United States: A systematic review. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000708>
 36. Mann, S., Schuler, M. S., Paulson, A., & S Dunbar, M. (2025). The mental health age gradient by gender identity. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 60(9), 2271–2273. <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02895-3>
 37. Mohammadi, F., Masoumi, S. Z., Tehranineshat, B., Oshvandi, K., & Bijani, M. (2023). Young transgender individuals' lived experiences of facing life's challenges: A qualitative study in Iran. *Frontiers in Public Health*, 11, 1134237. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1134237>
 38. Williams, D. Y., Hall, W. J., Dawes, H. C., Srivastava, A., Radtke, S. R., Ramon, M., Bouchard, D., Chen, W.-T., & Goldbach, J. T. (2023). Relationships between internalized stigma and depression and suicide risk among queer youth in the United States: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1205581. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1205581>
 39. Puckett, J. A., Veldhuis, C. B., Gilbert, P. A., Anderson-Carpenter, K. D., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2023). Differential associations between enacted and expected stigma with psychological distress, alcohol use, and substance use in transgender and gender diverse people. *Drug and Alcohol Dependence*, 248, 109921. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109921>
 40. Tebbe, E. A., & Budge, S. L. (2022). Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. *Nature Reviews Psychology*, 1(12), 694–707. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00109-0>
 41. Chinazzo, Í. R., Lobato, M. I. R., Nardi, H. C., Koller, S. H., Saadeh, A., & Costa, A. B. (2021). Impact of minority stress in depressive symptoms, suicide ideation and suicide attempt in trans persons. *Ciencia & Saude Coletiva*, 26(suppl 3), 5045–5056. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.28532019>
 42. Inderbinen, M., Schaefer, K., Schneeberger, A., Gaab, J., & Garcia Nuñez, D. (2021). Relationship of Internalized Transnegativity and Protective Factors With Depression, Anxiety, Non-suicidal Self-Injury and Suicidal Tendency in Trans Populations: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 636513. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.636513>
 43. Pletta, D. R., Austin, S. B., Chen, J. T., Radix, A. E., Keuroghlian, A. S., Hughto, J. M. W., & Reisner, S. L. (2024). Lower levels of social support are associated with risk for future suicide attempts in a clinical sample of transgender and gender diverse adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(8), 1401–1412. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02606-w>

44. Campbell, T., Mann, S., Rodgers, Y. van der M., & Tran, N. M. (2024). Mental Health of Transgender Youth Following Gender Identity Milestones by Level of Family Support. *JAMA Pediatrics*, 178(9), 870–878. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.2035>
45. Suarez, N. A., Trujillo, L., McKinnon, I. I., Mack, K. A., Lyons, B., Robin, L., Carman-McClanahan, M., Pampati, S., Cezair, K. L. R., & Ethier, K. A. (2024). Disparities in School Connectedness, Unstable Housing, Experiences of Violence, Mental Health, and Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender and Cisgender High School Students—Youth Risk Behavior Survey, United States, 2023. *MMWR Supplements*, 73(4), 50–58. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7304a6>
46. Ramos, N., & Marr, M. C. (2023). Traumatic Stress and Resilience Among Transgender and Gender Diverse Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 32(4), 667–682. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2023.04.001>
47. Mezzalana, S., Scandurra, C., Mezza, F., Miscioscia, M., Innamorati, M., & Bochicchio, V. (2022). Gender Felt Pressure, Affective Domains, and Mental Health Outcomes among Transgender and Gender Diverse (TGD) Children and Adolescents: A Systematic Review with Developmental and Clinical Implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 785. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010785>
48. Bird, K., Arcelus, J., Matsagoura, L., O’Shea, B. A., & Townsend, E. (2024). Risk and protective factors for self-harm thoughts and behaviours in transgender and gender diverse people: A systematic review. *Heliyon*, 10(5), e26074. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26074>
49. Wright, T., Lewis, G., Greene, T., Pearce, R., & Pitman, A. (2025). The association between microaggressions and mental health among UK trans people: A cross-sectional study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60(5), 1211–1225. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02775-2>
50. Puckett, J. A., Dyar, C., Maroney, M. R., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2023). Daily experiences of minority stress and mental health in transgender and gender-diverse individuals. *Journal of psychopathology and clinical science*, 132(3), 340–350. <https://doi.org/10.1037/abn0000814>
51. Silva, G. W. D. S., Meira, K. C., Azevedo, D. M. de, Sena, R. C. F. de, Lins, S. L. da F., Dantas, E. S. O., & Miranda, F. A. N. de. (2021). Factors associated with suicidal ideation among travestis and transsexuals receiving assistance from transgender organizations. *Ciencia & Saude Coletiva*, 26(suppl 3), 4955–4966. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.32342019>
52. Wilson-Yang, J. Q., Woodford, M. R., Oakes, H., Marshall, Z., & Coulombe, S. (2026). The Prevalence and Consequences of Gender-Based Violence Among Trans and Gender Diverse University Students in Ontario. *Journal of Interpersonal Violence*, 41(3–4), 582–607. <https://doi.org/10.1177/08862605251315773>
53. Stults, C. B., Gao, S., Brandt, S. A., Taber, J. L., Lynn, S. G., Kaczetow, W., Lee, G., Cruise, A., & Krause, K. D. (2023). Intimate Partner Violence and Mental Health Among Transgender and Gender Diverse Young Adults. *Journal of Family Violence*, 1–15. <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00579-7>
54. Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M., & Calton, J. M. (2021). Intimate Partner Violence and Mental Health Among Transgender/Gender Nonconforming Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7–8), 3374–3399. <https://doi.org/10.1177/0886260518775148>
55. Peitzmeier, S. M., Malik, M., Kattari, S. K., Marrow, E., Stephenson, R., Agénor, M., & Reisner, S. L. (2020). Intimate Partner Violence in Transgender Populations: Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence and Correlates. *American Journal of Public Health*, 110(9), e1–e14. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305774>
56. Du Mont, J., Cheung, R., Burley, J. F., Kosa, S. D., Kelly, C. E., Jakubiec, B. A. E., Brouillard-Coyle, S., & Macdonald, S. (2024). Building a research agenda on preventing and addressing sexual assault and intimate partner violence against trans people: A two-stage priority-setting exercise. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01245-0>
57. Cascalheira, C. J., & Choi, N.-Y. (2023). Transgender Dehumanization and Mental Health: Microaggressions, Sexual Objectification, and Shame. *The Counseling Psychologist*, 51(4), 532–559. <https://doi.org/10.1177/00110000231156161>

58. Miller-Jacobs, C., Operario, D., & Hughto, J. M. W. (2023). State-Level Policies and Health Outcomes in U.S. Transgender Adolescents: Findings from the 2019 Youth Risk Behavior Survey. *LGBT health*, 10(6), 447–455. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0247>
59. Ogarrio, K., Durbin-Matrone, R., De Leon, B., Wright, L. A., Restar, A., Singh, A. A., & Stojanovski, K. (2025). Forms of transphobia and their influence on health outcomes among transgender, nonbinary, and gender diverse individuals: A global systematic review. *International Journal of Transgender Health*. <https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2553739>
60. DeChants, J. P., Price, M. N., Green, A. E., Davis, C. K., & Pick, C. J. (2022). Association of Updating Identification Documents with Suicidal Ideation and Attempts among Transgender and Nonbinary Youth. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5016. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095016>
61. Scheim, A. I., Restar, A. J., Zubizarreta, D., Lucas, R., Cole, S. W., Everhart, A., Baker, K. E., & Rodriguez, M. I. (2025). Legal gender recognition and the health of transgender and gender diverse people: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 378, 118147. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118147>
62. Clark, K. D., Lunn, M. R., Sevelius, J. M., Dawson-Rose, C., Weiss, S. J., Neilands, T. B., Lubensky, M. E., Obedin-Maliver, J., & Flentje, A. (2025). Relationships between structural stigma, societal stigma, and minority stress among gender minority people. *Scientific Reports*, 15(1), 2996. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-85013-8>
63. Puckett, J. A., Huit, T. Z., Hope, D. A., Mocarski, R., Lash, B. R., Walker, T., Holt, N., Ralston, A., Miles, M., Capannola, A., Tipton, C., Juster, R.-P., & DuBois, L. Z. (2024). Transgender and Gender-Diverse People's Experiences of Minority Stress, Mental Health, and Resilience in Relation to Perceptions of Sociopolitical Contexts. *Transgender Health*, 9(1), 14–23. <https://doi.org/10.1089/trgh.2022.0047>
64. Price, M. A., Hollinsaid, N. L., McKetta, S., Mellen, E. J., & Rakhilin, M. (2024). Structural transphobia is associated with psychological distress and suicidality in a large national sample of transgender adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(2), 285–294. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02482-4>
65. Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 350–360. <https://doi.org/10.1037/ort0000440>
66. Chan, A. S. W., Choong, A., Phang, K. C., Leung, L. M., Tang, P. M. K., & Yan, E. (2024). Societal discrimination and mental health among transgender athletes: A systematic review and Meta-analysis. *BMC Psychology*, 12(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01493-9>
67. Bailey, S., Trevitt, B., Zwickl, S., Newell, B., Staples, E., Storr, R., & Cheung, A. S. (2024). Participation, barriers, facilitators and bullying experiences of trans people in sport and fitness: Findings from a national community survey of trans people in Australia. *British Journal of Sports Medicine*, 58(23), 1434–1440. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-107852>
68. McCann, E., Donohue, G., & Brown, M. (2021). Experiences and Perceptions of Trans and Gender Non-Binary People Regarding Their Psychosocial Support Needs: A Systematic Review of the Qualitative Research Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3403. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073403>
69. Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2021). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 269–280. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504>
70. Valente, P. K., Schrimshaw, E. W., Dolezal, C., LeBlanc, A. J., Singh, A. A., & Bockting, W. O. (2020). Stigmatization, Resilience, and Mental Health Among a Diverse Community Sample of Transgender and Gender Nonbinary Individuals in the U.S. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2649–2660. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01761-4>
71. Miller, G. H., Marquez-Velarde, G., Suárez, M. I., & Glass, C. (2024). Support Saves Lives: Exploring the Relationship Between Age of Transition, Family Support, and Retrospective K-12 Educational

- Experiences in Transgender Suicidality. *Transgender Health*, 9(2), 118–127. <https://doi.org/10.1089/trgh.2022.0073>
72. Thompson, A. J., Abel, A. N., Huang, R., Sarkisian, K., Schreiner, M. W., Rife, F., Ruch, D. A., & Bridge, J. A. (2026). Trajectories of Self-Injurious Thoughts and Behavior: Risk and Resiliency Among Cisgender and Gender Diverse Youth. *JAACAP Open*, 4(1), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.jaacop.2025.10.006>
 73. Lelutiu-Weinberger, C., English, D., & Sandanapitchai, P. (2020). The Roles of Gender Affirmation and Discrimination in the Resilience of Transgender Individuals in the US. *Behavioral Medicine*, 46(3–4), 175–188. <https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1725414>
 74. Amos, N., Grant, R., Lin, A., Hill, A. O., Pang, K. C., Skinner, S. R., Cook, T., Carman, M., & Bourne, A. (2025). Mental Health and Wellbeing Outcomes Among Trans Young People in Australia Who Are Supported to Affirm Their Gender. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 77(1), 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2025.03.011>
 75. Miller-Perusse, M., Horvath, K. J., Kahle, E., & Stephenson, R. (2024). Gender Minority Stress, Resilience, and Psychological Distress: The Role of Resilience Among Transgender and Gender Diverse Youth. *Transgender Health*, 9(4), 307–316. <https://doi.org/10.1089/trgh.2022.0117>
 76. Jiwen Zhang, Z., Zhang, F., & Hay Ming Lo, H. (2025). The roles of protective factors in facing gender-related interpersonal stigma among Chinese transgender and gender diverse individuals: A mixed-method study. *International Journal of Transgender Health*, 26(3), 805–824. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2333532>
 77. Puckett, J. A., Maroney, M. R., Wadsworth, L. P., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2020). Coping with discrimination: The insidious effects of gender minority stigma on depression and anxiety in transgender individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 76(1), 176–194. <https://doi.org/10.1002/jclp.22865>
 78. Martinez-Sabater, A., Chover-Sierra, E., Pozo-Herce, P. D., Tovar-Reinoso, A., Cano-Ruiz, N., Araujo-Blesa, M., Curto-Ramos, J., Mora-Navarro, G., Martínez-Pascual, R., Juárez-Vela, R., & Carpintero-Blas, E. G. (2025). Gender identity stories: Experiences and perspectives of transgender people about healthcare system in Spain. *Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University*, 34(12), 2077–2089. <https://doi.org/10.17219/acem/208133>
 79. Ross, M. B., van de Grift, T. C., Elaut, E., Nieder, T. O., Becker-Hebly, I., Heylens, G., & Kreukels, B. P. C. (2023). Experienced barriers of care within European treatment seeking transgender individuals: A multicenter ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 26–37. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1964409>
 80. Chevallier, T., Valin, N., Magrini, G., Chiarabini, T., Nerozzi-Banfi, E., Aad, Y. A., & Lacombe, K. (2025). Transgender healthcare with challenges, disparities, and the path forward: A retrospective study at a tertiary care hospital in Paris, France. *BMC Public Health*, 25(1), 2537. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23255-5>
 81. Abramovich, A., de Oliveira, C., Kiran, T., Iwajomo, T., Ross, L. E., & Kurdyak, P. (2020). Assessment of Health Conditions and Health Service Use Among Transgender Patients in Canada. *JAMA Network Open*, 3(8), e2015036. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15036>
 82. Boutilier, A. J., Clark, K. D., Bosse, J. D., Jackman, K. B., Jewell, J., & Dawson-Rose, C. (2025). Social-ecological barriers and facilitators to seeking inpatient psychiatric care among transgender and nonbinary people: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 81(4), 1937–1952. <https://doi.org/10.1111/jan.16393>
 83. McDowell, A., Raifman, J., Progovac, A. M., & Rose, S. (2020). Association of Nondiscrimination Policies With Mental Health Among Gender Minority Individuals. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 952–958. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0770>
 84. Ahuja, T. K., Goel, A. D., Gupta, M. K., Joshi, N., Choudhary, A., Suman, S., Taluja, K., Mittal, M., Ghuman, N. K., Suthar, N., & Bhardwaj, P. (2024). Health care needs and barriers to care among

- the transgender population: A study from western Rajasthan. *BMC Health Services Research*, 24(1), 989. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11010-2>
85. Manzoor, I., Khan, Z. H., Tariq, R., & Shahzad, R. (2022). Health Problems & Barriers to Healthcare Services for the Transgender Community in Lahore, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 38(1), 138–144. <https://doi.org/10.12669/pjms.38.1.4375>
 86. Teti, M., Bauerband, L. A., Myroniuk, T. W., & Koegler, E. (2021). Listening to Transgender Patients and Their Providers in Non-Metropolitan Spaces: Needs, Gaps, and Patient-Provider Discrepancies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10843. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010843>
 87. Clark, K. D., Lunn, M. R., Bosse, J. D., Sevelius, J. M., Dawson-Rose, C., Weiss, S. J., Lubensky, M. E., Obedin-Maliver, J., & Flentje, A. (2023). Societal stigma and mistreatment in healthcare among gender minority people: A cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01975-7>
 88. O'Brien, M., Hirschtritt, M. E., Tahir, P., & Kalapatapu, R. K. (2023). Experiences of transgender and gender diverse patients in emergency psychiatric settings: A scoping review. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 4(4), e13018. <https://doi.org/10.1002/emp2.13018>
 89. Watkinson, R. E., Linfield, A., Tielemans, J., Francetic, I., & Munford, L. (2024). Gender-related self-reported mental health inequalities in primary care in England: A cross-sectional analysis using the GP Patient Survey. *The Lancet. Public Health*, 9(2), e100–e108. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00301-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00301-8)
 90. Levine, S., Heiden-Rootes, K., & Salas, J. (2022). Associations Between Healthcare Experiences, Mental Health Outcomes, and Substance Use Among Transgender Adults. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 35(6), 1092–1102. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.220186R1>
 91. Kattari, S. K., Bakko, M., Hecht, H. K., & Kattari, L. (2020). Correlations between healthcare provider interactions and mental health among transgender and nonbinary adults. *SSM - Population Health*, 10, 100525. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100525>
 92. Treharne, G. J., Carroll, R., Tan, K. K. H., & Veale, J. F. (2022). Supportive interactions with primary care doctors are associated with better mental health among transgender people: Results of a nationwide survey in Aotearoa/New Zealand. *Family Practice*, 39(5), 834–842. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab005>
 93. Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *SSM - Population Health*, 11, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>
 94. Rodrigues, J., Lemos, C., & Figueiredo, Z. (2020). Discriminação e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, 6(3), 98–108. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i3.152>
 95. Tebbe, E. A., Simone, M., Wilson, E., & Hunsicker, M. (2022). A Dangerous Visibility: Moderating Effects of Antitrans Legislative Efforts on Trans and Gender-Diverse Mental Health. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(3), 259–271. <https://doi.org/10.1037/sgd0000481>
 96. Price, M. A., & Hollinsaid, N. L. (2022). Future Directions in Mental Health Treatment with Stigmatized Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 51(5), 810–825. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2109652>
 97. Çarkaxhiu Bulut, G., & Yorguner, N. (2023). Unveiling Gender Dysphoria Experiences in Turkish Young Adults: Challenges, Perspectives, and Implications in Health Care Settings. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 4315–4327. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S437197>

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

