

As potencialidades do acompanhamento a uma pessoa transgênero por um médico de família e comunidade

The potential of follow-up care for a transgender person by a family practice physician

Las potencialidades del seguimiento de una persona transgénero por un médico de familia y comunitario

Rafael Kafuri Bonacossa¹ , Philipp Rosa de Oliveira¹ 

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Resumo

Introdução: A marginalização de pessoas transgênero e as barreiras de acesso à saúde, oriundas da patologização e do histórico processo de intolerância para com elas, são determinantes para transformar o itinerário terapêutico em um percalço, interferindo fortemente na relação com os profissionais e nos cuidados prestados. **Objetivos:** Demonstrar como um médico de família e comunidade pode atuar como agente modificador na Atenção Primária à Saúde, tendo capacitação e utilizando as ferramentas da especialidade, para promover vínculo e equidade. **Métodos:** Relato da experiência do acompanhamento de uma usuária transgênero que teve seu itinerário terapêutico inteiramente modificado a partir da mudança de posicionamento de sua equipe de referência, analisando o prontuário prévio e comparando com o vivenciado pela nova equipe. **Resultados:** Observou-se que a usuária em questão teve mudança expressiva em relação ao acompanhamento e aos cuidados em saúde após a utilização das ferramentas e a criação de vínculo, aderindo à terapia antirretroviral, fazendo uso consciente de benzodiazepínicos e permanecendo em abstinência do uso de drogas. **Conclusões:** Diante do observado e com o amparo da literatura, fica claro que o fomento à discussão e à capacitação para as questões trans são fundamentais durante a residência de Medicina de Família e Comunidade, para que o médico seja um recurso efetivo da população, com capacidade para criar um vínculo responsável, prestando um serviço com equidade, longitudinalidade e integralidade.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Pessoas transgênero; Transfobia; Itinerário terapêutico.

Autor correspondente:

Rafael Kafuri Bonacossa

E-mail: rafaalkbonacossa@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não houve necessidade de submeter ao CEP.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 12/07/2023.

Aprovado em: 06/09/2023.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e

Marcello Dala Bernardina Dalla.

Como citar: Bonacossa RK, Oliveira PR. Rev Bras Med Fam Comunidade. As potencialidades do acompanhamento a uma pessoa transgênero por um médico de família e comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3847. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3847](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3847)



Abstract

Introduction: Marginalization and access barriers, arising from pathologization and the historical process of intolerance, are crucial to transform the therapeutic itinerary into a hard way for transgender people. **Objectives:** to demonstrate how a family physician can act as a modifying agent in primary health care, having training and using the tools of the specialty, to promote bonding and equity. **Methods:** To report the experience of accompanying a transgender user who had her therapeutic itinerary completely modified from the change of attitude of her reference team, analyzing the previous medical record and comparing it with what was experienced by the new team. **Results:** It was observed that the user in question had a significant change in her therapeutic itinerary after using the tools and creating a bond, taking antiretroviral medications, making conscious use of benzodiazepines and remaining abstinent from the use of drugs. **Conclusions:** As observed and supported by the literature, it is clear that promoting discussion and training on trans specificities are fundamental for the family and community medicine residency, so that the physician can be an effective resource for the population, with the capacity to create a responsible bond, providing a service with equity, longitudinality, and integrity.

Keywords: Primary health care; Transgender persons; Transphobia; Therapeutic itinerary.

Resumen

Introducción: La marginación y las barreras de acceso, proveniente de la patologización y del proceso histórico de intolerancia, son cruciales para transformar el itinerario terapéutico en un doloroso camino para las personas transgénero, interfiriendo fuertemente en la relación con los profesionales y en los cuidados brindados. **Objetivos:** demostrar cómo un médico de familia y comunidad puede actuar como agente modificador en la atención primaria, teniendo capacitación y utilizando las herramientas de la especialidad, para promover vínculos y equidad. **Métodos:** Relato de experiencia de acompañamiento de una usuaria transgénero cuyo itinerario terapéutico se modificó completamente a partir del cambio de actitud de su equipo de referencia, analizando la historia clínica anterior y comparándola con la vivida por el nuevo equipo. **Resultados:** Se observó que la usuaria en cuestión tuvo expresivo cambio en relación a su seguimiento y los cuidados en salud después de la utilización de las herramientas y la creación del vínculo, utilizando a la terapia antirretroviral, mediante al uso consciente de las benzodiazepinas y permaneciendo abstinentes del uso de drogas. **Conclusiones:** En vista del observado, y sustentado por la literatura, queda claro que fomentar la discusión y la capacitación en temas trans son fundamentales durante la residencia de medicina de familia y comunidad, para que el médico sea un recurso efectivo para la población, con capacidad para crear un vínculo responsable, brindando un servicio con equidad, longitudinalidad e integralidad.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Personas transgénero; Transfobia; Ruta terapéutica.

INTRODUÇÃO

A falta de garantia do direito à saúde da população transgênero, pessoas que expressam um gênero diferente de sua designação biológica de nascimento (também referidas como pessoas “trans”), causa grande impacto nos cuidados que deveriam ser prestados nos ambientes de saúde. A resistência à procura por atendimento, causada por medo de preconceito (transfobia), somada aos atos violentos e ao amplo processo de marginalização social, faz com que as pessoas trans cheguem a ter uma expectativa de vida de até 40 anos a menos do que uma pessoa que tem sua identidade de gênero igual ao designado biologicamente (também chamadas de pessoas “cis”).¹ Além disso, outro dado alarmante é o fato de o Brasil ser o país com a maior taxa de óbitos de transexuais no mundo.² Uma pesquisa que é feita anualmente pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) revelou que, em 2022, o Brasil manteve sua posição de país com a maior taxa de assassinatos de pessoas trans pelo 14º ano consecutivo.³

A cis-heteronormatividade, termo que traduz a heterossexualidade e a cisgeneridade como condições normais e patologiza as diversidades, tem que ser vista como agente causador e promotor da transfobia que, entremeada de discurso religioso excludente, culmina em marginalização. Sendo assim, soma-se a heterocompulsoriedade com uma história que remonta à chegada no século XVI do Tribunal do Santo Ofício, aparato da Igreja Católica com punições inquisitoriais para um crime considerado grave e com influências do “demônio”, que era o “desvio moral”, dizendo respeito a

qualquer desvio da cisheteronormatividade.³ Cada um desses fatores contribui como uma pedra para a formação de uma barreira de acesso. A patologização da transgeneridade é mesmo, em partes, promovida pela categoria médica, visto que, para acessar os serviços de saúde específicos para transgêneros, com a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) de 1997, havia uma necessidade de psiquiatrização das pessoas, atribuindo um diagnóstico de “transtorno de identidade de gênero”.⁴ Além disso, já havia a tipificação desse suposto transtorno no Código Internacional de Doenças (CID) em 1980.⁵

Além da transfobia evidentemente violenta, outras formas também contribuem para a barreira de acesso se formar, como a não aceitação do nome social, a falta de oferta de nome social no cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) e o próprio paradigma cisheteronormativo.⁶ Via de regra, os profissionais entendem pouco ou quase nada das diversidades sexuais e de gênero e isso pode acarretar uma prestação de serviço restrita e que não alcança os objetivos dos usuários. Esse entendimento pobre e a falta de treinamento são descritos por estudos no Brasil e no mundo.⁷

A barreira de acesso que se forma em decorrência da falta de habilidade impede a chegada e a permanência da pessoa no serviço de saúde, levando também ao abandono de tratamento em andamento, mesmo quando relacionado a doenças crônicas potencialmente graves.⁸ É importante ressaltar que aspectos que podem parecer banais para pessoas cisgênero, como o nome social, têm grande relevância para a criação de vínculo e a permanência no sistema de saúde.⁸

A normatividade equivocada destrói a subjetividade e diminui a capacidade de considerar a vida viável,⁴ gerando diversos casos de transtornos alimentares, depressão e suicídio.⁹ Recentemente, um caso que tomou os noticiários e ganhou notoriedade em todo o Brasil foi o de Paulo Vaz, influenciador e ativista das liberdades sexual e de gênero, que cometeu suicídio após receber diversas mensagens com discurso de ódio, em 14 de março de 2022. O isolamento e o aparecimento dos sofrimentos psíquicos normalmente já se iniciam na infância e adolescência e podem se agravar na vida adulta, levando a dificuldades para estudar, acessar os serviços de saúde e entrar no mercado de trabalho, com cerca de 90% dos transexuais recorrendo à prostituição², principalmente quando falamos de mulheres trans e travestis, realidade diferente das transmasculinidades.

A maior parte das pessoas que trabalham na Atenção Primária à Saúde (APS) foi criada no paradigma cisheteronormativo, portanto a postura de “tratar a todos de modo igual, sem distinção em relação ao gênero (e suas nuances)” pode nos fazer pensar em um modelo de assistência “justo”, mas precisamos pensar em dois conceitos para tratar desse assunto: justiça e equidade. Não ter uma abordagem diferenciada se assemelha à negligência relacionada às outras minorias de direitos, como a da população negra. Como para a população negra, “não basta não ser racista, é preciso ser antirracista”, temos que ser também antitransfóbicos. Desse modo, não tendo uma visão ampla, não mudando a perspectiva para enxergar com clareza o problema, recai sobre a população uma abordagem genérica e falsamente justa, pois “não enxergando” a transgeneridade, negamos sua existência e suas subjetividades.¹⁰ A identidade de gênero de uma pessoa colabora com quem ela é. Não ver isso é não ver a própria pessoa.

A abordagem não cisheteronormativa, que pergunta como os usuários gostariam de ser chamados, é simples e efetiva, gerando identificação,⁷ principalmente considerando-se que dados do Ministério da Saúde revelam que 85% dos transexuais já foram alvo de discriminação motivada pela identidade de gênero.⁹ O trato com as pessoas deve ser igualmente empático e acolhedor, mas como devemos abordar de maneira diferenciada a tristeza e o luto com quem perdeu alguém próximo, devemos também estar

atentos para especificidades em saúde de quem adoece não pela sua identidade de gênero em si, mas pelo preconceito vivido diariamente. É importante ressaltar que os sofrimentos experimentados não são primários, oriundos de uma suposta patologia comportamental, mas secundários a uma longa história de exclusão e preconceito.⁸

O médico de família e comunidade (MFC) não é um clínico somente e não se pode perpetuar a ideia de que se faz “clínica médica na clínica de família”. Não se pode dizer que o especialista desempenha um trabalho qualificado sem visão sistêmica e sem desconstruir modelos que promovem exclusão, principalmente por muitos verem os médicos como formadores de opinião.¹¹ Esses modelos que promovem exclusão são os mesmos que, promovendo a cisheteronormatividade, causam internalização do preconceito e levam a um sentimento de “homonegatividade”, que inconscientemente provoca a reprodução desse preconceito pelo próprio grupo oprimido.¹⁰

Não se pode dizer que o médico advoga pelo paciente sem tensionar os níveis de gestão para que políticas sejam elaboradas e, principalmente, implantadas para uma mudança real no panorama assistencial. Não advogar pela população, nesse caso, torna o médico cúmplice da marginalização.⁵

O tema deste trabalho foi escolhido em decorrência da observação da mudança de direção no itinerário terapêutico e pessoal de uma usuária, que se identifica como mulher transexual, após a aplicação dos princípios norteadores da APS e das ferramentas apresentadas durante o programa de residência em Medicina de Família e Comunidade. A importância desse tema fica mais evidente quando se percebe que o atendimento humanizado, longitudinal, competente — não só referente às questões técnicas, mas também à competência cultural — e sensível às demandas específicas faz com que se crie vínculo, promovendo saúde, prevenindo agravos e agindo com equidade.

Desse modo, objetiva-se demonstrar como uma residência sensível às questões trans pode formar um médico de família e comunidade que atua como agente modificador do itinerário terapêutico de usuários transgênero, bem como demonstrar a importância da capacitação para especificidades em saúde da população trans, apontar o papel do médico de família e comunidade no enfrentamento da violência estrutural como um promotor de educação em saúde e evidenciar a importância das ferramentas que podem ser utilizadas para promover o vínculo, romper a barreira de acesso e desmarginalizar, promovendo equidade.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência vivenciado nos dois anos de residência em Medicina de Família e Comunidade no programa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro — UERJ, tendo como campo prático uma unidade de APS no Rio de Janeiro.

Este relato de experiência tem relação com um caso acompanhado pelo residente e conta com a descrição do itinerário pessoal e terapêutico de uma paciente, mulher transgênero, vinculada ao referido centro de saúde, bem como suas nuances, as ferramentas usadas e orientadas durante as aulas do programa e a experiência da aplicação.

O relato também conta com a análise documental dos registros nos prontuários eletrônicos (E-SUS e VitaCare), incluindo os relatos prévios ao acompanhamento iniciado pelo residente, nos quais foram registradas consultas individuais e familiares por médicos e enfermeiros para suprir suas demandas em saúde, de maneira agendada ou por busca espontânea da paciente ao centro de saúde.

RESULTADOS

A experiência com relação a essa usuária, tanto minha como a do restante dos médicos da equipe, iniciou antes mesmo da primeira consulta. Quando chegamos, eu, outros residentes e nossa preceptora tivemos alguns relatos de membros da conformação anterior da equipe sobre usuários que poderiam ser considerados “problemas” e, dessa forma, tivemos um panorama inicial das questões que geram mais vulnerabilidade a ela.

Com o decorrer do tempo, tivemos nosso primeiro contato e, com isso, nossas próprias impressões sobre a usuária, que se mostrou reticente quanto ao nosso acompanhamento. Poderia ter sido somente mais um acompanhamento, mas o olhar cuidadoso da preceptoria fez-nos entender que algo a mais deveria ser feito. Realmente se tratava de uma pessoa que demandava atenção especial, não por se tratar de um “problema”, mas por ter necessidades diferenciadas e um itinerário pessoal e terapêutico entremeados de lutas e negligências. A desconstrução dessa figura problemática que nos foi entregue, bem como a humanização e compreensão das demandas, foi essencial para uma abordagem efetiva.

Tendo em vista que somos o resultado de nossas experiências anteriores e que isso influencia fortemente o modo como nos relacionamos, iniciarei com um resgate do itinerário terapêutico, por meio dos relatos em prontuário anteriores ao meu primeiro contato, e do itinerário pessoal, por meio das histórias que a usuária e sua família contaram no decorrer das consultas.

A história na referida unidade de saúde começa em junho de 2019, quando a usuária em questão procura atendimento em livre demanda para iniciar acompanhamento. Na ocasião, com 22 anos, já se apresentava como mulher trans e gostaria de ser tratada no gênero feminino — ainda assim, ao final do relato em prontuário, consta a frase “já matriculado no supletivo”, demonstrando certo desrespeito à sua identidade de gênero. Também é nessa consulta que ela se apresenta como pessoa que vive com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) desde 2014, deseja retomar o tratamento abandonado seis meses antes da consulta e faz uso de substâncias psicoativas ilícitas, estando em abstinência há duas semanas. Seu relato também aborda o longo tempo em que viveu em situação de rua, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Tendo em vista que, quase dois meses após a consulta, a equipe não teve retorno com resultados de exames, foi realizada busca ativa, mas sem sucesso.

A paciente retorna uma semana depois com o resultado do exame de sangue, mas sem ter realizado os outros exames solicitados. Manteve relato de abstinência, mas interrompeu a terapia antirretroviral (TARV) novamente, estando com carga viral de 31.373 e linfócitos TCD4 de 40, os parâmetros até então mais graves desde que se tem registro no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais e Carga Viral do HIV (SISCEL).

Como a intenção desse trabalho não é relatar um caso com enfoque no paradigma biomédico, as informações acerca de exames e medicações ficarão restritas ao pertinente para melhor entendimento do caso, dando-se foco à experiência com um olhar biopsicossocial e da mudança dos itinerários da usuária.

Após consulta com infectologista, comparece em consulta agendada acompanhada de sua mãe e de um supervisor da clínica de reabilitação para dependentes químicos em que estava internada. Relata que buscou a internação por vontade própria, mas que o desrespeito à sua identidade de gênero causa grande opressão. Essa consulta, mesmo com o relato do mal-estar pelo desrespeito, foi toda registrada utilizando-se o gênero masculino. Registros atestam que a usuária não chegou a ficar dois meses completos na reabilitação por conta da intolerância.

No final de outubro de 2019 ela foi inserida no Sistema Estadual de Regulação (SER) para consulta em endocrinologia, visando à hormonização. Até o fim de abril de 2020, seis meses depois, nenhum registro foi feito. Quando a paciente retornou, contou que esteve mais uma vez em situação de rua em decorrência de conflito familiar por sua identidade de gênero, tendo interrompido TARV e não comparecido ao serviço de infectologia, além de questionar a consulta com endocrinologista para hormonização, afinal vinha realizado por conta própria por meio de esquemas da internet e conversava com amigas que também realizavam por conta própria. Neste momento, apresentava-se em contemplação do problema de adicção, percebendo que este atrapalhava o entendimento e a tomada de decisões. Também relatou que grande parte dos problemas que enfrentava tinha origem no abuso das substâncias — como a violência física extrema que sofreu enquanto esteve em situação de rua.

Foi encaminhada para acompanhamento psicológico e, com base no que foi relatado para a psicóloga, somado ao que posteriormente foi compartilhado com os novos médicos da equipe, pôde-se começar a montar o itinerário pessoal prévio, até então não abordado. Também foi a primeira vez que se abordaram expectativas e planejamentos, tendo a paciente relatado também que morou em um país da Europa dos sete aos 14 anos e que, desde os 17, foi internada diversas vezes em clínicas de reabilitação. O motivo do retorno, confidenciado pelo pai em consulta individual, foi o abuso sexual sofrido pela usuária, cometido pelo patrão do pai. As duas situações configuram-se como traumas para a usuária, o abuso e o retorno ao Brasil. Vale ressaltar que até então, pela equipe de referência, todas as consultas foram realizadas pela enfermeira e todas as consultas médicas foram realizadas pontualmente por médicos de outras equipes, sem cumprir o princípio da longitudinalidade.

Em junho de 2020 novamente a paciente passou por consulta, mas dessa vez com um médico da equipe. O relato em prontuário tem apenas três linhas, sem ter sido finalizado de maneira inteligível, já que se encerra, *ipsis litteris*, da seguinte forma: “apresenta várias lesões em região anal, limitantes a rotinas diárias, com aspecto verrugoso e, em algumas, presença de”. Foi relatada boa adesão à TARV, coisa sabidamente equivocada, não houve registro de conduta e o CID, código internacional de doenças, utilizado para encerrar a consulta foi Z000 — exame médico geral.

Em nova consulta com a psicóloga, apresentou-se irritada e com saudade da vida “desregrada” das ruas, além de ter muito medo por precisar comparecer novamente ao serviço militar para resolver questões burocráticas, temendo constrangimento. Mais uma vez perguntou sobre a hormonização, desejando ser vinculada ao serviço do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Vale ressaltar que essa consulta também teve registro no gênero masculino.

Retornou após quatro meses, em livre demanda, com queixa de insônia, relatando que o clonazepam já não fazia mais efeito (na ocasião, 15 gotas à noite) e que desejava o comprimido de 2 miligramas. Pela primeira vez foi abordado o motivo dos problemas de adesão medicamentosa, tendo a dificuldade de aceitação do diagnóstico de HIV como principal causa. Corroborando essa informação, três meses passaram-se e a paciente buscou atendimento com relato de ter novamente interrompido a TARV.

Dois meses após essa última consulta, a equipe passou por uma mudança no quadro de médicos, quando a atual formação começou a integrar o grupo. Foi na consulta que narro a seguir que iniciamos a abordagem e colocamos em prática as ferramentas apresentadas pelo Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PRMFC/UERJ). A usuária buscou atendimento após convocação para pegar as guias do encaminhamento para hormonização, a acontecer uma semana após a convocação. Foi também nesse momento que se abordou a condição psicológica, que se ofertou consulta com a psicologia via Sistema Nacional de Regulação (SISREG),

que se rastrearam outras infecções sexualmente transmissíveis e se diagnosticou sífilis, até então sem nenhum exame (teste rápido ou sorologia) solicitado. Além disso, houve uma conversa após se identificar a não aceitação do diagnóstico de HIV, foi dada orientação de acompanhamento pelo diagnóstico de sífilis e foi quando a paciente teve a orientação de como realizar o *journaling*, uma espécie de diário para auxiliar a processar informações e sentimentos, promovendo resiliência.

Contrariando nossas expectativas, não houve retorno após a data do agendamento com a endocrinologia. A paciente retornou apenas cinco meses após a última consulta, no final de setembro de 2020, sem fazer uso da TARV e não tendo dado continuidade ao acompanhamento para realizar a hormonização — esta, a mais importante para ela. O motivo para não ter iniciado o acompanhamento foi sua vaga ter sido regulada para o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE), local muito próximo à cena de uso de substâncias psicoativas ilícitas enquanto estava em situação de rua.

Não realizou o *journaling* por ter estado em situação de rua nos últimos meses, mas conta que pensou muito sobre o que foi explicado, estando muito “chorosa, desanimada, com ideiação suicida”. Também expressou certo desconforto com a cunhada, recém-chegada à família, mas que já criara laços fortes com a mãe e com a avó. Percebendo a gravidade do quadro, a equipe resolveu tratar do caso com mais proximidade, solicitando maior frequência na unidade, pactuando retornos durante a semana com seu pai, início de medicação antidepressiva e promovendo escuta ativa com o acolhimento da usuária. O vínculo foi sendo criado, ela aumentava a frequência da busca por atendimento e a equipe trabalhava para que, em cada encontro, pudesse realizar uma consulta terapêutica.

Propusemos a realização da linha da vida, marcando com flores os momentos bons e com pedras as situações difíceis, na intenção de evidenciar que a vida não era composta somente de momentos ruins. Investigações adicionais, motivadas por queixas como tosse, febre e astenia, foram feitas, mas nem sempre houve cooperação da parte dela para que fossem efetivas, sempre buscando na equipe um apoio mais focado em suas questões psicossociais. No decorrer do acompanhamento, nos meses que se seguiram, abordamos sua ansiedade de realizar seus planos, como fazer faculdade de moda e trabalhar com algo relacionado, sua relação com a família, como a reaproximação com o irmão e a construção da amizade com a cunhada, e a dependência dos benzodiazepínicos, tema frequente nas consultas por livre demanda, sempre complexo pelo compartilhamento das medicações por toda a família. O problema com o irmão, que fez necessária a reaproximação relatada, surgiu em decorrência das diversas vezes em que ela fugiu de casa para viver na rua. Esses momentos desencadearam grande angústia em seus pais, ambos em uso de antidepressivos, e seu irmão, que por permanecer em casa vivia intensamente a instabilidade do ambiente familiar.

Para promover melhor visualização das áreas em que se fazia necessária uma intervenção, durante a reunião de equipe confeccionamos uma lista de problemas. Quando soubemos que seu aniversário estava próximo, agendamos consulta e entregamos alguns cosméticos como presente. Fomos informados de que sua família havia preparado uma festa surpresa e que os conflitos estavam se tornando menos frequentes. Nesse momento, ela já não frequentava a unidade somente para suas consultas, mas também comparecia para acompanhar sua cunhada, que havia se tornado uma amiga importante para seu itinerário pessoal e terapêutico. Então, motivados pelo surgimento dessa nova integrante, propusemos a confecção de um círculo familiar. Sem dar muita importância, aceitou fazer. Com base no círculo familiar e nas informações coletadas, confeccionamos um genograma. Nesse momento, todos da família nuclear, com exceção de seu irmão, estavam em acompanhamento com a equipe, frequentando consultas regularmente.

Mais uma vez em reunião de equipe, motivados também por uma demanda do PRMFC, desenvolvemos uma planilha de intervenção sistemática para tentar uma abordagem familiar mais efetiva. Em setembro e outubro de 2021, as consultas por livre demanda começaram a se intensificar, normalmente motivadas por ansiedade em relação ao corpo e a vontade de iniciar a hormonização orientada por profissional. A equipe estava em um impasse. Não tendo oferta de vagas em unidade que não fosse o IEDE, não era viável novo encaminhamento. Foi quando entramos em contato com uma médica ligada ao programa de residência para avaliar a possibilidade de matriciamento. No final de novembro, iniciamos sua hormonização com o protocolo do estado São Paulo, orientados por essa médica. Na mesma consulta, confeccionamos um ecomapa para avaliar de maneira mais ampla os dispositivos possíveis de auxílio. O início do acompanhamento hormonal promoveu grande alívio, visto que a aparência sempre foi tema importante nas consultas.

Uma semana mais tarde, a usuária voltou para abordar questões ansiogênicas relacionadas ao convívio familiar e à visita de sua avó, que chegaria da Áustria em poucos dias, bem como ao abuso de clonazepam, mas ao entrar na unidade foi chamada de “rapaz” por um profissional no acolhimento, mudando o enfoque da consulta. Ao final, uma proposta de intervenção por meio de educação permanente na reunião de equipe foi lançada para evitar novos episódios de intolerância. Neste ponto, ela já estava em uso regular da TARV havia um ano e em abstinência de *crack* havia mais de seis meses, maior intervalo de tempo já observado para tais condições desde que se tem registro em nossa unidade.

Em meados de 2022, ela procurou atendimento por livre demanda solicitando renovação de suas receitas relacionadas à hormonização por três meses, para viagem internacional. Não desejava renovação da TARV, relatando que não tinha planos de retornar ao Brasil, pois se casaria na Suíça e faria seu acompanhamento com as medicações disponíveis no país. E assim se encerrou o acompanhamento com a equipe.

DISCUSSÃO

As informações encontradas na literatura e o que foi observado na trajetória da usuária em questão corroboram a importância da discussão do tema, bem como a capacitação dos médicos de família e comunidade (e de toda a equipe), trazendo uma visibilidade que não deve esmorecer. Considerando-se que a medicina de família e comunidade é regida por quatro princípios fundamentais,¹² pode-se reforçar a importância dessa visão diferenciada em três pontos, relacionados a esses princípios. Primeiramente, levando-se em conta que “o médico de família e comunidade é um profissional qualificado”, retoma-se o que foi citado sobre a relevância de saber manejar questões clínicas, referenciando quando necessário e tendo domínio para fazer uma coordenação do cuidado efetiva. Em segundo lugar, e unindo dois pontos, considerando-se que “a prática da medicina de família é influenciada pela comunidade” e que “o médico de família e comunidade é um recurso de uma população definida”, pode-se trazer para a discussão o dado de que 2% da população adulta se identifica como transgênero,¹³ que uma equipe de saúde da família tem média recomendada de 3 mil pessoas segundo o *site* oficial do governo federal,¹⁴ portanto seriam 60 pessoas trans no território, o que deveria influenciar a prática para promover o médico um recurso acessível. Terceiro, e não menos importante, sabendo-se que “a relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho da medicina de família e comunidade”, retoma-se que o médico de família não é “o clínico do posto de saúde”, e sim uma peça fundamental para o exercício do direito à saúde e à dignidade.

Ao propor o desenho da linha da vida, ferramenta que estimula a resiliência, conseguimos resgatar momentos em que ela se sentia bem, mesmo que eventualmente ambivalentes. Até mesmo os momentos ambivalentes, porém, como a ida para a Europa e o início do uso de substâncias ilícitas, traziam em si certo nível de aprendizado. Foram pontuados alguns momentos marcantes com flores, que simbolizam momentos felizes, como algumas relações amorosas que teve, o início do acompanhamento pela equipe, visitas que fez à avó, a felicidade da família a cada retorno e quando apresentava caracteres sexuais femininos mais proeminentes, mesmo que os conseguindo por meio de harmonização por conta própria. Certamente muitas pedras foram colocadas na linha da vida, simbolizando as dificuldades que encontrou no caminho, como a vida na rua e suas violências, o abuso sexual, a descoberta do diagnóstico de HIV e alguns episódios de conflito familiar. Mesmo com as pedras desenhadas, ela conseguiu ver com mais distanciamento que muitas coisas boas também aconteceram, afastando o olhar pessimista sobre toda a sua vida.

As outras ferramentas utilizadas foram importantes para visualizar algumas questões de forma mais ampla. Com o uso de um genograma, puderam-se avaliar padrões de repetição nas dinâmicas familiares e comportamentos nocivos que influenciavam o processo de saúde e adoecimento.¹⁵ Ele é considerado a ferramenta mais importante para o estudo de uma família e, quando a abordagem pelo método biomédico não apresenta adesão e uma resposta adequada, sua indicação fica ainda mais evidente.¹⁵ Ao estimularmos a participação dos membros da família, o fortalecimento de vínculos e uma intervenção integral, promovemos saúde e contribuímos para uma prestação de cuidados de maneira mais longitudinal, visto que a família se caracteriza como o principal e mais consistente apoio social.^{15,16} Os padrões transgeracionais de transtornos e condutas problemáticas, como o abuso de benzodiazepínicos por sua família, quando visualizados de maneira mais ampla e longitudinal, favorecem até uma intervenção preventiva, promovendo a integralidade no cuidado, além de auxiliarem a elaborar estratégias que reduzam a vulnerabilidade.¹⁶

Após observarmos a família nuclear, confeccionamos um ecomapa para auxiliar a estabelecer um plano de cuidado efetivo e adequado, com base na intensidade das relações e no contato com recursos sociais.¹⁷ Essas ferramentas, somadas a outras como a lista de problemas, fundamento do Registro Clínico Orientado por Problemas, que favorece maior qualidade do cuidado, ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade.¹⁸ Essa longitudinalidade, ou vínculo longitudinal, é definida por Barbara Starfield como um dispositivo potente e reconhecido internacionalmente como atributo essencial para modelos de atenção abrangentes e efetivos.¹⁹

Quando a equipe consegue estabelecer vínculo, aumenta a quantidade de encontros e promove uma abordagem integral das questões do paciente, também estabelece um sentimento de responsabilidade clínica em uma espécie de contrato implícito.²⁰ Essa perspectiva integral valoriza a vivência da pessoa com relação ao seu adoecimento, suas relações e seu modo de viver em decorrência desse adoecimento, e não somente a valorização clássica do paradigma biomédico. Grande parte das falhas de longitudinalidade e das quebras de vínculo é oriunda da dificuldade de comunicação, quando o médico não valoriza os aspectos psicológicos e sociais da integralidade.²¹ Durante a trajetória da paciente em questão, puderam ser vistas diversas interrupções de tratamento e poucas intervenções visando à mediação de conflitos e à abordagem familiar. Após a mudança da forma como a equipe conduzia o caso, observaram-se adesão maior e respostas melhores, o que corrobora os dados de que o vínculo longitudinal está relacionado à maior efetividade das intervenções em saúde, com o aumento da confiança na promoção do cuidado e da satisfação dos usuários.²⁰

Quando se observa o vínculo pelo prisma do paradigma biomédico, isso pode parecer algo simples de fazer, mas é necessário desconstruir a ideia de simplicidade das tecnologias leves. O vínculo criado foi fruto de acolhimento, escuta e trocas, para então criar o elo que gerava segurança para o processo terapêutico. Se a equipe não se mostra sensível às questões, o vínculo pode não se formar, visto que os processos de isolamento e exclusão prévios podem gerar medo e silêncio, reduzindo o nível de confiança.¹⁰ A literatura comprova que o vínculo é indispensável para que haja cooperação mútua e a criação de uma relação interpessoal que promova a corresponsabilização, o empoderamento e o cuidado realmente compartilhado.²² Todos os momentos compartilhados fizeram com que a sensação de hierarquia e a relação verticalizada, promovida pela categoria médica durante tantos anos, também fossem substituídas por uma relação horizontal, aproximando os saberes, realizando trocas entre o técnico e o popular, fortalecendo a relação médico-pessoa, utilizando a competência e a humildade cultural. Entretanto, como também é orientado, tudo foi feito com cuidado para que a relação não se tornasse paternalista, ocasionando uma transferência negativa ou uma relação de dependência.²² Dessa forma, criava-se um vínculo responsável e que empoderava a usuária.

A experiência relatada é do poder transformador do vínculo para a trajetória de uma mulher trans, mas é possível traçar um paralelo com outros estudos, como quando se concluiu que um médico que se apresenta como referência para uma população estava mais associado à realização de exames preventivos ou ao próprio controle da pressão de pessoas com hipertensão arterial,²³ além da redução de absenteísmo quando um trabalho de humanização foi realizado para promover maior acolhimento.⁸

Como o vínculo deve ser criado de forma ampla, com a equipe e não somente com o médico, e como houve um episódio que tinha potencial para fragilizar o vínculo, quando a paciente foi alvo de transfobia dentro do ambiente da clínica, a proposta de intervenção na reunião de equipe promovendo empatia e com esclarecimentos sobre questões sociais e jurídicas foi muito encorajada, também embasada na literatura que relata mudanças na prática profissional após intervenções desse tipo.²⁴ Além disso, é importante envolver os outros níveis de gestão, tendo em vista que todos os profissionais que trabalham na clínica, inclusive os terceirizados como segurança e serviços gerais, devem ser capacitados e sensibilizados.¹⁰ Importante também é a sugestão de inserção do assunto no currículo da formação médica, visto que mesmo uma leitura de apenas uma hora pode aumentar o conhecimento sobre necessidades específicas e auxiliar na remoção das barreiras de acesso.^{25,26}

Se o vínculo pressupõe o estímulo à narração com acolhimento e escuta ativa, promovendo horizontalidade e confiança, menores são as chances de a paciente não ter segurança para tirar dúvidas e de não acessar a unidade no momento de necessidade.²³ Foi esse o trabalho que a equipe procurou desenvolver. A intenção era mudar a perspectiva transmitida, a visão da usuária problemática para uma que valorizasse as nuances e o itinerário pessoal dela para que, dessa forma, ela também enxergasse a equipe de outra forma, não como “médicos do posto” que usavam o saber científico sem o toque da empatia, mas como uma equipe a quem se vincular e em quem confiar. Se um estudo concluiu que o poder do vínculo chega a modificar o itinerário terapêutico no tratamento de tuberculose, favorecendo a adesão, e outro concluiu que, além da adesão, o vínculo se associa ao nível de satisfação com o acompanhamento,²³ as atitudes não poderiam ser diferentes perante o caso apresentado. O papel do médico não era somente encaminhar a paciente para a hormonização ou dar longas palestras sobre a importância do uso dos antirretrovirais, nem mesmo seria somente aprender a prescrever hormônios, mas permitir abrir caminho para o vínculo e para experimentar significados e subjetividades, tornando seu universo mais claro e permitindo as trocas.

De acordo com a observação da mudança de direção do itinerário terapêutico e pessoal da usuária, considerando-se a vulnerabilidade social narrada e o peso dos determinantes sociais de saúde, faz-se necessária a ampliação da discussão e o fomento à capacitação dos residentes de Medicina de Família e Comunidade para as demandas em saúde da população transgênero.

A marginalização e a patologização históricas das diversidades de gênero tornam os médicos de família agentes importantes para o enfrentamento da violência e para a promoção de saúde com equidade, visto que existem componentes como o contato próximo com a comunidade e a oportunidade de ampliar o debate entre os profissionais que atuam na atenção primária, gerando uma cadeia de transmissão de informações e o estímulo ao pensamento livre de preconceitos. Essa cadeia de transmissão também promove o acolhimento empático e cuidadoso, desfazendo a trama de preconceito institucional.

Sendo o médico de família e comunidade o profissional do primeiro contato, da longitudinalidade e da integralidade do cuidado, além de ser um recurso da população, a importância da capacitação para especificidades como o acompanhamento hormonal faz-se indiscutível. Principalmente em se admitindo que muitas vezes a população não tem condições de acessar outros serviços e não encontra neles a confiança e o acolhimento dispensados pelo médico de referência.

A utilização de ferramentas para a promoção de vínculo e para a realização de consultas terapêuticas, além da adoção de consultas centradas nas pessoas, são de extrema importância para ajudar a romper as barreiras de acesso que começaram a ser construídas muitos séculos atrás. Criando um vínculo forte e responsável, que auxilia a remover as barreiras de acesso, promove-se equidade a uma população que, como a paciente deste caso, esbarra no não funcionamento do Sistema Único de Saúde conforme seus princípios e diretrizes.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

RKB: conceituação, curadoria de dados, investigação, metodologia, escrita – primeira redação, revisão e edição. PRO: supervisão, validação e análise formal.

REFERÊNCIAS

1. “Estou fazendo hora extra no mundo”: o inesperado cotidiano da velhice trans [Internet]. São Caetano. El País; 2019 [acessado em 27 jan. 2023]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/06/19/politica/1560972279_749450.html
2. Donato AMM, Correia AA, Leite GS. Entre a natureza e a cultura: sexo, gênero e a exclusão social de travestis e transexuais [Internet]. Razón y Palabra 2017;20(4_95):180-94 [acessado em 14 jan. 2023]. Disponível em: <https://razonypalabra.net/index.php/ryp/article/view/815>
3. Benevides BG. Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022 [Internet]. Brasília; ANTRA, 2023 [acessado em 14 jan. 2023]. Disponível em: http://esmp.mpsp.mp.br/portal/page/portal/redes/valorizacao_diversidade/cartilhas/Antra%20dossi%C3%AA%202021.pdf
4. Aran M, Zaidhaft S, Murta D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. Psicol Soc 2008;20(1):70-79. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000100008>
5. Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. Estud Fem 2012;20(2):559-568. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>
6. Magalhães LG. Barreiras de acesso na atenção primária à saúde à travestis e transexuais na região central de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

7. Moscheta MS, Souza LV, Santos MA. Health care provision in Brazil: A dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users. *J Health Psychol* 2016;21(3):369-378. <https://doi.org/10.1177/1359105316628749>
8. Rocon PC, Pedrini MD, Rodrigues A, Zamboni J. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2016;21(8):2517-26. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>
9. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol Ciênc Prof* 2012;32(3):552-563. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003>
10. Santos EC, Calvetti PU, Rocha KB, Moura A, Barbosa LH, Hermel J. Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde. *Rev Interam Psicol* 2010;44(2):235-245. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641004>
11. Moita G. A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. *Rev Crítica Ciênc Sociais* 2006;76(1):53-72. <https://doi.org/10.4000/rccs.862>
12. Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
13. Transver o mundo: existências e (re)existências de travestis e pessoas trans no 1º mapeamento das pessoas trans no município de São Paulo [Internet]. Cedec – Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. São Paulo: Annablume; 2021 [acessado em 14 jan. 2023]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/LGBT/AnexoB_Relatorio_Final_Mapeamento_Pessoas_Trans_Fase1.pdf
14. Estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília: Governo Federal. [acessado em 27 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>
15. Rebelo L. Genograma familiar. O bisturi do médico de família. *Rev Port Med Geral Fam* 2007;23(3):309-317. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5655/1/Genograma_Familiar.pdf
16. Borges CD, Costa MM, Faria JG. Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade [Internet]. *Rev Psicol Saúde* 2015;7(2):133-141 [acessado em 27 jan. 2023]. Disponível: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/439>
17. Dantas YL, Queiroz AGP, Leite FRL, Deininger LSC. Utilização do genograma e ecomapa como ferramentas terapêuticas na saúde de idosos [Internet]. In: *Anais II CONBRACIS*. Campina Grande: Realize Editora; 2017. [acessado em 04 jan. 2023]. Disponível: https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA1_ID999_02052017173814.pdf
18. Demarzo MMP, Oliveira CA, Gonçalves DA. Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro [Internet]. São Paulo: UNASUS/UNIFESP; 2000 [acessado em 04 jan. 2023]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/48115941.pdf>
19. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [acessado em 04 jan. 2023]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>
20. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis* 2018;28(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>
21. Sirena SA, Targa LV. Atenção primária à saúde: fundamentos para a prática. Caxias do Sul: Educ; 2016.
22. Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFSM* 2016;6(3):350-9. <https://doi.org/10.5902/2179769217313>
23. Klafke A, Vaghetti LAP, Costa AD. Efeito do vínculo com um médico de família no controle da pressão arterial em hipertensos. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2017;12(39). [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1444](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1444)
24. Ferreira L, Barbosa JSA, Cruz MM, Esposti CDD. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate* 2022;43(12):223-39. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
25. Wahlen R, Bize R, Wang J, Merglen A, Ambresin AE. Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. *PLoS ONE* 2020;15(7):e0234743. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234743>
26. Tagliamento G, Paiva VSF. Trans-specific health care: challenges in the context of new policies for transgender people. *J Homosex* 2016;63(11):1556-72 <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1223359>