

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E TRANSEXUALIDADE: A ATUAÇÃO DE UM PROFISSIONAL DO NASF FRENTE A UMA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL

PRIMATY ATTENTION TO HEALTH AND TRANSEXUALITY: THE PERFORMANCE OF A NASF PROFESSIONAL FACING A MENTAL HEALTH DEMAND

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y TRANSEXUALIDAD: EL DESEMPEÑO DE UN PROFESIONAL DE NASF ANTE UNA DEMANDA DE SALUD MENTAL

JÔNATAS ASSIS¹, DANIELE ROCHA²

RESUMO

O trabalho visa a incrementar a referida abordagem na esfera da Atenção Primária a partir do relato de experiência de um profissional da psicologia, componente da Equipe NASF da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – FESF/FIOCRUZ, no município de Dias D'Ávila - BA. A partir da experiência, observa-se a importância de atenção às demandas apresentadas pela população LGBTQ+, especialmente às pessoas transgêneras, revisando as políticas públicas voltadas à referida população e o desenvolvimento de novas concepções de cuidado e ações de saúde ofertadas a tal população. Recomenda-se a validação do princípio de equidade, pela postura cultural dos profissionais, equipes e serviços, ao preconizado como direitos nas políticas de saúde, em consideração às vulnerabilidades históricas e culturais e o direito imanente à condição humana dessas pessoas, cidadãos e usuários do SUS.

Palavras-chave: população LGBTQ+; transexualidade; NASF; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The work proposes to increase the referred approach in the field of Primary Attention through the experience of a psychology professional, a member of the NASF from the Multi-professional in Family Health Residence program – FESF/FIOCRUZ, in the city of Dias D'Ávila - BA. Through the experience, it is possible to observe how important it is the attention given to the demands brought by the LGBTQ+ population, especially the transgender people, reviewing the public policies related to the referred community and the development of new conceptions of care and actions offered to these people. It is recommended the validation of the equity principle, by the professionals cultural behavior, the staff and the services to the advocated, as for their rights in the health policies, considering the historical and cultural vulnerabilities and the immanent right to the human condition of these people, who are citizens and SUS users.

Keywords: LGBTQ+ community; transsexuality; NASF; primary attention to health.

¹ Especialista em Saúde da Família pela Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF/FIOCRUZ).

² Mestra em Estudos Interdisciplinares pela Universidade Federal da Bahia (UFBA/IHAC).

RESUMEN

O trabalho visa a incrementar a referida abordagem na esfera da Atenção Primária a partir do relato de experiência de um profissional da psicologia, componente da Equipe NASF da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – FESF/FIOCRUZ, no município de Dias D'Ávila - BA. A partir da experiência, observa-se a importância de atenção às demandas apresentadas pela população LGBTQ+, especialmente às pessoas transgêneras, revisando as políticas públicas voltadas à referida população e o desenvolvimento de novas concepções de cuidado e ações de saúde ofertadas a tal população. Recomenda-se a validação do princípio de equidade, pela postura cultural dos profissionais, equipes e serviços, ao preconizado como direitos nas políticas de saúde, em consideração às vulnerabilidades históricas e culturais e o direito imanente à condição humana dessas pessoas, cidadãos e usuários do SUS.

Palavras-chave: população LGBTQ+; transexualidade; NASF; atenção primária à saúde.

CONTEXTUALIZAÇÃO

“Ela tem cara de mulher
Ela tem corpo de mulher
Ela tem jeito
Tem bunda
Tem peito
E o pau de mulher!”
Mulher, Linn da Quebrada.

“Não importa o que eu vista. Quando sonho, são os sonhos de Lili”. A psicanálise ou parte dela concorda com a concepção freudiana de que o sonho é a manifestação de um desejo, um apelo, principalmente quando damos sentido, os interpretamos. A frase inicial desse parágrafo diz sobre a fala da protagonista principal do filme *A Garota Dinamarquesa*, de Tom Hooper, vivida por Lili Elber, mulher assim nomeada pelo ex-soldado Einar Wegener, este, casado com Gerba Wegener, pintora e companheira de Lili Elber, seu ex-marido. Na cena, Lili afirmava o quão difícil era retirar-se das roupas femininas, das maquiagens, do seu corpo, da sua identidade. Que mesmo sob os tons misteriosos dos sonhos, Lili ainda existia.

Lili é a primeira mulher transexual da história da humanidade a submeter-se a cirurgia de resignação da genitália sexual e, assim como o ex-soldado, nomeou-se de Lili Elber Elvenes para falar de sua identidade mais subjetiva. Ouso aqui nomear a personagem real, talhada na usuária ou caso que logo apresentarei. Já a chamo de Lili, espero homenageá-la com o nome da vanguardista, ao mesmo tempo em que protejo sua real identidade apontando ao comum entre ela e Lili: ambas, quando lembram de seus sonhos, são mulheres. O que desejam? O quanto desejam? O quanto o mundo acredita nos seus desejos? O que a Lili que entrou na história da humanidade tem em comum com as Lilis que ainda sonham com os desejos de serem como são e que todos são? Qual lei se imprimirá sobre o desejo de direitos que só aspiram por existir?

INTRODUÇÃO

Inicialmente apresento as narrativas acerca da concepção de transexualidade(s), as políticas de saúde e as legislações importantes. Sendo a introdução composta por dois seguintes tópicos: A transexualidade enquanto um transtorno e O encontro entre políticas públicas LGBTQ+¹ e o Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente na Atenção Primária à Saúde – APS. Refletindo em ambos as contingências da realidade brasileira.

Após a introdução, apresento o relato da experiência em atender uma mulher transexual numa Unidade de Saúde da Família – USF, enquanto profissional da psicologia, categoria componente da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF² durante o primeiro ano do Programa Integrado de Residências da FESF/FIOCRUZ³, no município de Dias D’Ávila/BA.

Por fim, apresento as aproximações reflexivas, nas discussões e referencial teórico, tendo este último aspecto como fundamental ao exercício e desenvolvimento das ações, pressupostos e manejo à condução à usuária acompanhada, e conseqüentemente seu desfecho enquanto um caso devidamente acompanhado. Ainda neste tópico apresento as minhas dificuldades, angústias, estratégias e anseios diante dos desafios e demandas trazidas pela Lili desta nova história.

A transexualidade enquanto um transtorno

Se buscássemos um CID⁴ para classificar a transexualidade este poderia ser descrito como Transtorno de Identidade de Gênero – TIG, sendo chamado de Disforia de Gênero ou Identidade de gênero cruzado, ou até Transexualismo. Termos parecidos na superficial discriminação do fenômeno⁵ da transexualidade, mas cujos pormenores revelam as posições políticas e de apreensão psicossocial deste fenômeno (WHITBOURNE & HALGIN, 2015).

O Transtorno de Identidade de Gênero é definido como transtorno cujo sujeito transexual “é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou autoextermínio”, conforme Resolução nº 1.482 de 1997 do Conselho

¹ A sigla LGBTQ+ é indicativo da compreensão de múltiplas identidades de gênero existentes, entre elas as representadas nas seguintes letras: L – lésbicas; G – gays; B – bissexuais; T – travestis e transexuais; Q+ – Queer mais para outras possíveis identidades de gênero. Comumente a sigla Q pode ser substituída por I – Intersexo ou Intergênero.

² O NASF deixou ter recursos específicos de financiamento a partir da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde Brasileira e da Portaria 2.979/2019.

³ Fundação Estatal de Saúde da Família/ Fundação Osvaldo Cruz.

⁴ Uma categoria nosológica ou diagnóstica, presente na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID.

⁵ Utilizo o termo fenômeno diferente da concepção de um episódio extraordinário. Trato o termo fenômeno na perspectiva da fenomenologia existencial, ou seja, o fato existe como pensamento ou realidade porque o temos a consciência, o sabemos aqui e agora.

Federal de Medicina⁶. A referida resolução determina que o TIG ou transexualismo precisa apresentar os seguintes aspectos para o fechamento de seu diagnóstico: manifestação de desagrado com o sexo anatômico; desejo manifesto de extermínio da genitália e modificação das características corporais visando à obtenção do fenótipo atrelado ao sexo oposto; prevalência do “distúrbio de forma contínua e consistente” por período mínimo de dois anos; e não identificação de demais “transtornos mentais”.

Conforme Whitbourne & Halgin (2015), os autores do DSM-V⁷ têm veementemente lutado contra a concepção e identificação do fenômeno da transgeneridade enquanto TIG. Argumentam que o termo TIG ainda é muito estigmatizante, tendo em vista que se fundamenta no termo transtorno. Que o termo Disforia de Gênero é mais adequado à experiência vivida por pessoas transsexuais, principalmente se estas ainda são crianças ou adolescentes. Entende-se por disforia de gênero todo e qualquer sofrimento, correspondente ou não a incongruência genitália, nitidamente expressa entre a identidade de gênero atribuída por outrem e a autopercepção.

A concepção acima descrita é importante para se pensar se todas as pessoas transsexuais apresentam incongruência genitália, ou seja, se vivenciam a sua identidade de gênero atrelada à constituição de seus órgãos genitais. Ou se todas as pessoas que vivenciam a disforia de gênero a vivenciam enquanto um sofrimento ou transtorno. Conforme os autores Cohen-Kettenis & Pfafflin (2010, apud WHITBOURNE & HALGIN, 2015) e De Jesus (2012,) afirmam que não.

Diante disso é importante ressaltar que os termos anteriores se diferem também do conceito de transexualismo, já que nem todos os sujeitos que vivenciam a disforia de gênero apresentam um sofrimento decorrente da incongruência entre seu gênero e sua aparelhagem gênito-sexual, nem todos, também, desejam ou se pudessem fariam a cirurgia de redesignação sexual ou transgenitalização⁸ (ARÁN, MURTA & LIONÇO, 2009; ROCON et al, 2019).

Transexualismo, por sua vez, é a modificação, ou desejo de alterações morfofisiológicas que tornem o sujeito transexual mais idêntico às características físicas e sociais que atendam a sua concepção de feminino ou masculino, ou seja, a sua identidade de gênero.

A própria terminologia adotada ao tratar das questões da disforia de gênero é de fundamental importância para o tratamento e ação de cuidado oferecida às pessoas transgêneras. Segundo Whitbourne & Halgin (2015, p.281), a “psicologia da experiência transgênérica” tem retirado o cunho de “transtorno” ou a concepção de que há algo de “errado” com as pessoas que se autoidentificam socialmente com as identidades de gênero diferentes das atribuídas ao seu padrão biológico.

⁶ A referida resolução foi revogada e substituída pela Resolução 1.652/2002, e posteriormente pela 1.955/2010 do CFM. Considerando a primeira, suas principais deliberações, nas seguintes: a ampliação dos serviços específicos para outras instâncias de prestação de serviço à saúde, além dos hospitais universitários, a formalização das intervenções cirúrgicas de transgenitalização frente ao Código Penal Brasileiro e a inclusão do profissional endocrinologista à equipe multiprofissional.

⁷ Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, edição nº5.

⁸ Há distintos procedimentos transsexualizadores, dentre eles as intervenções cirúrgicas, psicoterapêuticas e endocrinológicas, tais como neofaloplastia, faloplastia, metoidioplastia, aplicação de próteses de silicone.

Essa posição frente à transgeneridade reflete potencialmente sobre os desenhos de políticas e recursos destinados à população transexual, como nos é dito pela autora ao relatar o caso da World Professional Association for Transgender Health – WPATH (Associação Profissional Mundial para a Saúde dos Transgêneros), onde os profissionais de saúde são convocados à realização de avaliações clínicas que promovam “relacionamentos terapêuticos saudáveis” (CORNEIL et al, 2010, apud WHITBOURNE & HALGIN, 2015, p. 281), ignorando por vezes a perspectiva nosológica.

Segundo Nagoshi & Brzuzy (2010, apud WHITBOURNE & HALGIN, 2015), novas abordagens referidas na teoria transgênera vêm propondo a superação da visão dicotômica e binária de masculino-feminino, ressaltando que a escolha do gênero pode se distanciar da adoção conceitual de que “as motivações, os comportamentos e as atitudes das pessoas se baseiam em suas identidades definidas pela sociedade [...] podem reconhecer que essas categorias são condicionais” (WHITBOURNE & HALGIN, 2015, p. 281).

No Brasil, o caminho a ser percorrido por uma pessoa transexual até a transgenitalização é longo e envolve muitas etapas, dentre elas a que instrumentaliza a fundamentação diagnóstica. Conforme o CFM (1997, p. 1-2), o sujeito transexual é convocado à submissão de

avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, obedecendo aos critérios abaixo definidos, após dois anos de acompanhamento conjunto: diagnóstico médico de transexualismo; maior de 21 (vinte e um) anos; ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia.

Ou seja, o sujeito transexual será submetido à psicoterapia, acompanhamento psiquiátrico, tratamento hormonal, avaliação genética e, por fim, caso o diagnóstico se confirme nos dois últimos anos, à redesignação do órgão genitor (ARÁN et al, 2009).

A transexualidade, sendo mais bem compreendida, ainda é vinculada a perspectivas patologizantes, fruto notório da heterossexualidade compulsória. Concebe-se por heterossexualidade compulsória a visão biopsicossocial, científica, jurídica, educacional, moral, política etc. cuja norma seja centrada, voltada ou atenda à matriz cisgênero (RICH, 2010; BUTLER, 2003 apud IRINEU & OLIVEIRA, 2020).

Nesta perspectiva, Arán et al (2009) afirmam que o primeiro registro na literatura acerca do transexualismo deu-se com o psiquiatra Von Krafft-Ebing (2000, apud idem), o caracterizando como desviante da norma, sendo a primeira cirurgia de redesignação sexual realizada em 1952 (BENTO, 2006, apud idem). Ainda conforme os autores, alguns estudos foram fundamentais para a apreensão do fenômeno.

Os estudos de Harry Benjamin contribuíram bastante ao relacionar a transexualidade e a embriologia. Já na perspectiva psicossocial, o psicólogo John Money acrescentou significativamente ao explicar a transmissão de padrões sexuais às crianças. E por fim, os estudos

de Roberto Stoller, psiquiatra e psicanalista responsável pelas seguintes formulações acerca do transexualismo: o sujeito transexual apresenta identidade constante, atrelada a uma concepção essencial ao sexo oposto à sua formação genitália; apresenta sentimento de horror ou sensação inapropriada frente à genitália de origem; e assume uma posição simbiótica⁹ frente ao genitor que mais se identifica quanto ao seu gênero.

Segundo Whitbourne & Halgin (2015, p. 262) o atual DSM-V não considera a transgeneridade uma psicopatologia, embora as pessoas transexuais “continuam a enfrentar a transfobia, a estereotipagem negativa e o medo das pessoas transgêneras”. As referidas autoras propõem, inclusive, que:

em vez de recomendar cirurgia de resignação sexual [...], os terapeutas podem deixá-los criar suas próprias identidades de gênero”, resultando em “uma sensação melhorada de bem-estar à medida que lhes é permitido explorar mais abertamente e sem preconceitos suas identidades múltiplas, cruzadas (WHITBOURNE & HALGIN, 2015, p. 262).

Não podemos negar a relevância da proposta elaborada pela autora citada, mas antes mesmo de colocá-la à prática, precisamos refletir até que ponto encorajar a aceitação das suas múltiplas identidades, responsabilizar os sujeitos transexuais por sua identidade de gênero cruzada, nos desresponsabiliza pela construção de políticas mais respeitosas, mais igualitárias e equânimes.

Segundo Tucker et al (2018, apud RIOS et al, 2020), o termo transgênero compreende pessoas travestis e transexuais. Possivelmente a realidade brasileira para estas pessoas seja bem singular no contexto brasilis. Mesmo que as taxas de ideação suicida entre esta população se mantenha elevada, em vários lugares do mundo, o Brasil ocupa uma posição de destaque quanto a essa realidade e quanto aos crimes contra a população LGBTQ+, em que ocupa a posição de maior taxa de homicídios do mundo (RUSEN C et al, 2019, EISENBERG ME, et al, 2017 & CORREA FHM et al, 2020, apud RIOS et al, idem; GGB¹⁰, 2018 apud DE SOUZA et al, 2020).

Diante disso, o que podemos refletir a partir desta realidade? O que podemos refletir acerca da realidade brasileira transgênero e seu entorno? O que o direito de acesso às políticas de saúde já outorgadas sobre os direitos das pessoas transgêneros dizem acerca desses direitos? Quais são os direitos operados por essas políticas? Como tais direitos, quando efetivados, influem sobre a saúde mental e física das pessoas transgêneros?

⁹ A relação simbiótica tratada por Roberto Stoller diverge da proposta pela psicanálise lacaniana, nesta última o comportamento ou posição de simbiose é entendido como típico do funcionamento psicótico. Já para Stoller isso não corresponderia a uma verdade, tendo em vista o comportamento socialmente esperado, também identificado, em pessoas transexuais quando a interação psicossocial.

¹⁰ Grupo Gay da Bahia.

O encontro entre políticas públicas LGBTQ+ e SUS

Segundo Mello et al (2011, apud PEREIRA, 2016) as políticas públicas no setor da saúde são as mais consolidadas dentre as políticas voltadas para a população LGBT, quando comparadas aos setores da educação, segurança e direitos humanos, mesmo que estas ainda apresentem déficit na sua efetiva aplicação, sendo, por vezes, os sujeitos usuários dessas políticas os mais afetados pela fragilidade e incipiente estrutura.

Na literatura consultada, seja de forma explícita ou não, podemos identificar que as políticas de saúde voltadas para a população LGBTQ+, especialmente o grupo de pessoas trans, possuem dois grandes marcos na reivindicação e avanços conquistados aos seus direitos, no setor da saúde. O primeiro deles é a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, sendo, às vezes, discretamente apresentada na literatura pela Portaria do Ministério da Saúde – MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Já o seguinte refere-se à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, institucionalmente amparada na Portaria MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (grifo nosso).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2012) trata dos direitos invioláveis aos usuários e usuárias ao requererem ou acessarem os serviços de saúde do SUS, estendendo-se também à saúde suplementar. Nesta, acerca dos direitos à população LGBTQ+, especialmente à parcela transgênero, se destacam os artigos 4º e 6º, pois são proeminentemente ressaltados na elaboração da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, garantindo o direito ao uso do nome social e acesso as todas as condições imprescindíveis de direitos atrelados à saúde do SUS, de forma respeitosa e não negativamente discriminatória, inclusive àqueles que versam sobre o processo transexualizador. A referida política pública visa, com total relevância, à “inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise” dos Determinantes Sociais da Saúde - DSS (BRASIL, 2011, p. 01).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2012) trata dos direitos invioláveis aos usuários e usuárias ao requererem ou acessarem os serviços de saúde do SUS, estendendo-se também à saúde suplementar. Nesta, acerca dos direitos à população LGBTQ+, especialmente à parcela transgênero, se destacam os artigos 4º e 6º, pois são proeminentemente ressaltados na elaboração da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, garantindo o direito ao uso do nome social e acesso as todas as condições imprescindíveis de direitos atrelados à saúde do SUS, de forma respeitosa e não negativamente discriminatória, inclusive àqueles que versam sobre o processo transexualizador. A referida política pública visa, com total relevância, à “inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise” dos Determinantes Sociais da Saúde - DSS (BRASIL, 2011, p. 01).

Conforme Fredriksen-Goldsen et al (2014, apud MERHI, 2021), ainda são escassas as pesquisas sobre a temática aqui proposta, mesmo que sejam reconhecidos os avanços dos direitos para as pessoas LGBTQ+ no âmbito da saúde. No entanto, são muitas as dificuldades encontradas

por essas pessoas ao acessarem o setor saúde, sendo as pessoas transsexuais “as que mais enfrentam dificuldades ao buscarem atendimentos nos serviços públicos de saúde”, seja pela necessidade de atenção especializada e sua pouca oferta, seja “pela enérgica trans/travestifobia que sofrem atrelada à discriminação por outros marcadores sociais – como pobreza, raça/cor, aparência” (MELLO et al, 2011 apud ROCON et al, 2016, p. 02).

Segundo Rogers et al, 2016 (MERHI, 2021), as demandas da referida população têm historicamente sido delegadas às Atenção Secundária e Terciária do SUS. Sendo que, quando conseguem acessar o SUS, manifestam: Despreparo da equipe de saúde e encaminhamentos não resolutivos, sem critérios de prescrição preconizados nas resoluções, com “situações de confusão, hesitação, nervosismo e irresolução do caso pela falta de experiência em lidar com demandas desse tipo” (MERHI, 2021, p. 03); Ações e atitudes negativamente discriminatórias, como expressão de hostilidade (RIOS et al, 2020), ausência de ações e insumos que promovam ou tratem integralmente a saúde da referida população, sem descontinuidades (ROCON et al, 2019), uso de pronomes inadequados e não utilização do uso do nome social no tratamento dos usuários e usuárias (PAULINO, RASERA & TEIXEIRA, 2019); e “barreira cultural” como uma “barreira de acesso” devido a inexistência de “acolhimento e tratamento adequado aos transexuais” (MERHI, 2021, p. 02-07), evidenciando “tratamento muitas vezes frio e ineficaz, principalmente em casos de violência e homofobia” (PAULINO et al, idem, apud MERHI, 2021, p. 07).

CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO E O RELATO DE EXPERIÊNCIA

Muitas vezes as pessoas trans, bem como toda a classe de pessoas LGBTQ+, são vistas, na grande maioria das vezes, como seres genéricos, ideias sobre pessoas ou comportamentos, principalmente por não serem os sujeitos protótipos de muitas pesquisas. A existência LGBTQ+ é naturalmente vista como invisível, geralmente invisibilizada, “reproduzindo seus indivíduos como se fossem uma população hipotética” ou sujeitos “irreais” (MERHI, 2021, p. 07), ou seja, “a via da heterossexualidade compulsória, por meio da qual a experiência [...] é percebida através de uma escala que parte do desviante ao odioso ou a ser simplesmente apresentada como invisível” (RICH, 2010, p. 05).

Durante este primeiro ano do Programa Integrado de Residências da FESF/FIOCRUZ, alocado na cidade de Dias D’Ávila, região metropolitana de Salvador-BA, tive a oportunidade de atender duas mulheres transsexuais ou transgêneras, quando compunha a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF referente a uma Unidade de Saúde da Família. Uma dessas usuárias eu atendia cotidianamente na minha agenda de núcleo, especificamente nos atendimentos psicológicos. Esta chamarei de Lili, pelos motivos colocados no início do texto, e tentarei minimamente explicitar o caso e seu presente desfecho.

A abordagem metodológica utilizada é o relato de experiência, por ser, dentre as opções, a que mais poderia traduzir uma perspectiva de experiência vivida. O presente material é oriundo de um período de quase um ano de acompanhamento à referida usuária. E antes mesmo de falar desta, é o relato de um profissional da psicologia, residente e componente do NASF (antigo).

Quanto à usuária, a descrição do caso não apresentará aspectos veridicamente evidentes quanto a sua identidade étnico-racial, idade, nome, profissões, estatura, religião e demais aspectos, sendo estes não revelados. Caráter esse que torna dispensável a submissão para apreciação ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Na perspectiva de melhor fundamentar o presente trabalho, se tentou identificar termos descritivos também na plataforma DeCS¹¹. Porém, sem encontrar as correspondências aqui abordadas, optei por buscar pesquisas em bancos de dados como SciELO, Google Acadêmico e demais fontes literárias sobre Atenção Primária à Saúde, políticas públicas, SUS, psicanálise, saúde e determinantes sociais de saúde, violência e direitos humanos, sempre correlacionados à transexualidade e população LGBTQ+, visando ao estabelecimento de diálogo com o já preconizado na literatura.

A partir disto, pontuo as seguintes questões: O que o caso da usuária se assemelha ou destoa do registrado na literatura? Quais os desafios ainda enfrentamos ao assistir usuários e usuárias, no sistema público de saúde, oriundos ou pertencentes à referida população? Quais as potências entre demandas e disposição ao cuidado ofertado pelas ações de saúde presentes na Estratégia de Saúde da Família? Com o que a psicanálise pode contribuir a tais questões?

O caso (relato de experiência)

Primeiramente, a usuária acessava a USF sempre que tinha necessidade de alguma assistência ou carecia de informações. A equipe de profissionais da medicina, enfermagem, odontologia e toda a equipe NASF, esta última composta por psicólogas, nutricionistas, profissionais da educação física e fisioterapeutas, além das Agentes Comunitárias de Saúde – ACS, do trabalhador da vigilância, equipe de higienização, recepção e farmácia, estavam todos disponíveis a escutar e orientar a inserção nas práticas de cuidado à saúde biopsicossocial à usuária.

Consta em prontuário que a usuária passou por um relativo período de acompanhamento por um colega psicólogo numa espécie de psicoterapia breve, na perspectiva da psicanálise. Era usuária do serviço, também com acompanhamento por parte de demais categorias profissionais, especialmente após o término do acompanhamento com o colega psicólogo. Porém, ainda frequentemente, usufruía do serviço, sendo devidamente atendida por uma dupla de profissionais, uma psicóloga e um dentista.

¹¹ Descritores em Ciência da Saúde.

Apresentando os mesmos sintomas e queixas, a usuária era cotidianamente demandante do serviço da USF. Os profissionais desta já não sabiam o que ofertar no manejo da condução do caso. A referida usuária era também, há anos, acompanhada no laboratório transexualizador do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia - UFBA vinculado à Rede Ebserh¹² (Hupes/UFBA-Ebserh).

Acessava também o Centro de Referência em Especialidades em Saúde – CRES de uma cidade adjunta, onde faria o acompanhamento da sua sorologia. O que fazer? Desistir então? Talvez verdades e perspectivas de uma saúde mental com gozo de plena identidade sexual já não seriam a saída que deveriam ser ditas ou apresentadas à usuária. O que ela não sabia sobre si? Qual aceitação ainda não aconteceu, em meio aos incentivos e estímulos para a autocompreensão e diante de larga acessibilidade aos dispositivos de saúde?

Logo nas primeiras semanas do primeiro ano da residência, em diálogo acerca das demandas comumente atendidas pela categoria profissional na qual pertença, a minha colega antecedente apresentou-me os casos mais complexos de seu cotidiano de trabalho. Recebi o convite da mesma para realizar uma escuta inicial com umas das usuárias, que compunha uma demanda quase que semanal e “mais complexa”, por assim dizer, caso esta concordasse em ser atendida por mim e a colega que comumente a atendia.

No primeiro encontro, Lili vestia-se, falava e apresentava sua feminilidade consoante o seu fenótipo. Ali estava uma mulher, porém apresentava um sofrimento singular e até aterrorizante. O que mesmo desejava aquela mulher?

Trinta e poucos anos de idade, pobre, negra, cabelos longos, olhos chorosos e o relato de sustentar uma existência insuportável. Semelhante adjetivo apresentavam meus colegas responsáveis pelo acompanhamento do referido caso/ usuária. Lili era um caso sem perspectivas de resolutividade, com demandas de psicoterapia, HIV+, usuária de psicotrópicos, com diagnóstico de depressão, apresentando ideação suicida, comportamento de isolamento social e automutilação, e ainda transexual.

Desde o primeiro contato, coloquei-me à disposição para atender a usuária Lili. Tive resistência de alguns colegas da equipe de saúde, que problematizavam os motivos pelos quais elegeria Lili, diante de tantas outras demandas, para um atendimento contínuo. Tive resistência da própria usuária, que, após alguns atendimentos, relatava aos colegas que a atendiam anteriormente, que eu era “meio maluquinho” e que por isso não gostaria de continuar os atendimentos comigo, apresentando posteriormente no término do processo de acompanhamento desculpas por isso. Outra resistência era a própria proposta de trabalho do NASF: como atender uma demanda de psicoterapia quando o modelo é saúde ampliada? Ainda mais, no meio de uma pandemia.

¹² Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Entre tantas demandas, o que fazia de Lili uma demanda para minha atuação enquanto profissional da psicologia? O fato de ser uma mulher transexual? O diagnóstico de depressão? A ideia suicida? O relato de automutilação e repugnância ao órgão genital de nascença? O fato de eu ser um profissional que se estima por demandas e desafios irresolvíveis? Por não ter instâncias ativamente implicadas na construção da perspectiva de RAPS¹³ que atendesse as demandas de Lili? Por resistência da usuária em ser matriculada num CAPS¹⁴? Por Lili não possuir recursos para atenção privativa? Apesar de todas estas questões, nossos atendimentos se estabeleceram após o início da Pandemia de Covid-19, em 2020, quando algumas situações se apresentaram veementemente, me alertando sobre a gravidade das demandas trazidas pela Lili.

O desenvolvimento do acompanhamento

Apresentarei agora um recorte panorâmico das intercessões experienciadas nos atendimentos, por mim e pela usuária, vividas nestes encontros, quase contínuos, quase anual, que se deram na atuação de um profissional da equipe NASF diante das várias demandas de assistência e cuidado em saúde mental.

São dois os fatos que explicitarei no breve relato. O primeiro, Lili em prantos, após dizer o quanto não admitia a sua existência incompleta, por ser uma mulher com um pênis, que não conseguia se relacionar social e sexualmente devido as várias discriminações a ela dirigidas, que não era capaz de ver-se nos espelhos que mantinha em sua casa, que não admitia a sua soropositividade para o HIV, que já não tinha mais forças para buscar a mudança de sua genitália, que não conseguia dormir, que só pensava mesmo em se matar, que há longos seis anos sua vida era aquele tormento. Que iria sair no meio de uma pandemia, cuja ordem e orientação era o isolamento social, para adquirir o vírus do Covid-19 e então assim adoecer e morrer.

O segundo episódio, não menos suicida quanto os relatos de tantas outras perspectivas de suicídio e mutilação, Lili adentrou a sala do atendimento, no dia e horário geralmente combinados, trazendo, sob os mistérios de sua roupa, um objeto dizendo-me “Doutor, trouxe algo para te mostrar”. Embora a usuária já houvesse sinalizado em outros atendimentos que iria me trazer algo para mostrar, não sabia que algo poderia ser esse.

Inicialmente, a usuária tirou o objeto enrolado numa pequena toalhinha branca e o colocou sobre a mesa. Em seguida, pediu para que eu visse. Temeroso e adotando uma posição de segurança comportamental, estendi as mãos sobre a toalha. Ali, bem à minha frente, e entre mim e a usuária, existia uma tesoura, possivelmente mais valiosa que as tesouras comumente vista, com detalhes e contornos elaborados para uma típica feminilidade. A tesoura servia como signo do desejo de Lili em não mais possuir o pênis como sua genitália. Relatava que a utilizava para tentar atirar seu órgão sexual fora de sua consistência corporal.

O choro fácil, a ideação suicida, as negações de seu corpo, da sua soropositividade, do seu interesse sexual, as queixas de que nada mudava, de que nada a fazia querer continuar existindo, de que ninguém a entendia, inclusive o profissional da psicologia que a atendia, de que não adiantava comparecer aos atendimentos, o seu domínio intelectual sobre discursos militantes, ativistas e acadêmicos acerca da transexualidade, o seu padrão heteronormativo de gênero feminino, sua criticidade elaborada e seu sofrimento singular, tornavam o acompanhamento um terrível e angustiante desafio no meu processo cotidiano de trabalho.

No entanto, algumas perguntas fundamentais faziam-me permanecer naqueles encontros. Perguntas que talvez a usuária precisasse mesmo se fazer algumas tantas vezes: O que é ser mulher? O que me faz mulher? Existem tipos, congruentes e divergentes, de ser mulher? Sou uma mulher? Se sou, quando passei ou passarei a ser a mulher que sou?

Estas e outras perguntas serviam como intervenções às demandas de cuidado, fala, interrupções, sonhos, medos, resistências, sentimentos e desejos de Lili. Aos poucos, as queixas foram dando margem aos pensamentos escondidos pelos sentimentos e emoções que angustiavam mais ainda Lili. Seus sonhos foram representando a sua concepção de feminilidade, o ver-se mulher, casada, mãe de um casal de filhos e o relato de ser perseguida pelas próprias elaborações oníricas. O discurso historicamente talhado foi cedendo às contradições de ser, especialmente ser mulher, mais ainda quando o seu desejo passou a ser admitido como constituintes de ser corpo e subjetividade. O que mesmo queria essa mulher?

Após idas e vindas, inclusive temporais, Lili cansada de debater-se consigo mesma, admitindo ser um “calvário” toda vez que adentrava aquele setting terapêutico, passou a relatar a sua condição sorológica como HIV, o termo utilizado para descrever seu órgão sexual tornou-se um pênis, sua feminilidade admitia a sua identidade social.

Homens passaram a contornar seus relatos, visitas à família ocuparam as lacunas das nossas consultas, o desejo manifesto de interromper o uso dos medicamentos a sua instabilidade emocional, a admissão de ereção e prazer sexual de um membro que buscava amputar de si mesma, a ousadia de viver espaços socioculturais plurais, o desejo de não mais esconde-se e viver uma vida trancafiada em si mesma, a concepção que do BPC – LOAS por ela recebido era como empecilho ao seu desenvolvimento pessoal foram umas das várias elaborações de Lili em se reconhecer mulher.

Já no término dos atendimentos, Lili já havia retirado a sua habilitação profissional a muito adiada, procurando algumas oportunidades de trabalho, revisitado fragmentos de sua feminilidade desde a terna infância, e admitido que a sua pior escolha foi isentar-se da vida que queria viver e que somente ela a impedia de ser e fazer escolhas que a tornassem a mulher de seus próprios sonhos.

Coincidentemente, os avanços de Lili coadunaram com a interrupção da minha locação como psicólogo e residente da USF que atendia a usuária Lili. Finalizei nossos atendimentos deixando-lhe uma breve mensagem acerca do processo de acompanhamento vivido e uma indicação de leitura, à continuidade de suas próprias elaborações.

Antes havia estabelecido duas condições importantes a ser mencionadas: a realização de interconsulta com colega da medicina, visando algum tipo de suporte ainda não vislumbrado sobre as suas demandas; o contato com o CAPS, realizado em reunião com a coordenação e uma das psicólogas da instituição, e pactuando uma possível admissão da usuária, visando ao seu manifesto desejo de interrupção das medicações, após acompanhamento profissional e avaliação do seu processo de desmame.

DISCUSSÃO

Início este tópico admitindo a legitimidade da crítica que fazem aos profissionais da psicologia em se adaptarem ao modelo de assistência à saúde defendido pela perspectiva da Clínica Ampliada (LIMA, 2005). Porém, o que poderíamos fazer num contexto de pandemia em que esta prática fora fatalmente ameaçada devido à orientação de distanciamento e isolamento social? O que fazemos com os usuários e usuárias que têm muita resistência às ações coletivas de prevenção e promoção da saúde? O que fazemos com as demandas não tão comuns às intervenções coletivas? O que fazemos com as demandas de psicoterapia que surgem a partir da implicação, queixas e vínculo das usuárias e usuários do SUS (JUCÁ, 2003, apud LIMA, 2005), especialmente quando surgem na Atenção Primária?

Então, como lidar com as demandas de uma mulher transexual como Lili? A usuária apresentou durante todo o período de quase um ano de acompanhamento que seu sofrimento era uma dificuldade à sua própria existência.

Primeiramente, acredito que a demanda da usuária pode não ter sido resolvida, mas também não ficou estagnada na ir-resolutividade de um caso sem perspectiva de mudança. Admito que a abordagem terapêutica que utilizo na minha atuação profissional me faz olhar a singularidade de cada caso ou pessoa como só resolvível pelo próprio sujeito. A psicanálise habilita, mesmo com suas múltiplas críticas, ao entendimento de que a subjetividade de cada pessoa opera sobre ditames muito pessoais, emaranhadas em concepções nem tão pessoais assim, mas cuja capacidade de alteração dá-se em lidar consigo mesmo, na relação entre eu e um sujeito outro.

Pensemos as teorias para retermos as nossas práticas, especialmente aquelas postas no cotidiano da assistência à saúde. Até que ponto o nosso fazer profissional não remete à manutenção de práticas que privatizem as pessoas dos seus reais direitos? Até que ponto o conhecimento cientificamente produzido não é só um dispositivo que torna as pessoas mais marginalizadas? Até que ponto estamos empenhados em “resolver charadas” (KUHN, 2018, p. 171) do nosso produzir ciência e fazer saúde?

A população LGBTQ+, especialmente o segmento transexual, tem a sua existência atrelada a distintas condições de vulnerabilidade, apresentando aspectos de prevalência dos dos transtornos biopsicossociais como depressão, bipolaridade, ideação suicida ou autoquiria, uso abusivo de substâncias psicoativas – SPA e automutilação (SOUZA, 2020; RIOS et al, 2020). Aspectos esses que podemos identificar nas falas e comportamentos apresentados nos relatos pela usuária Lili, exceto o uso abusivo de SPA. A usuária apresentava diagnósticos sugeridos de depressão e bipolaridade, fazia uso de medicações para estabilização dos referidos transtornos de humor e tanto tentava amputar o pênis presente em sua corporeidade feminina, quanto idealizava matar-se ou facilitar o processo de mortificação.

Tais aspectos agravam-se quando os dispomos ao alto índice de homicídios sofridos pela referida população no Brasil (MENDES & SILVA, 2020), as discriminações, estigmas e violações do direito de identidade de gênero, bem como determinantes sociais como raça/etnia¹³. A personagem da nossa história, Lili, trazia sempre, nos atendimentos, como familiares, profissionais de saúde e vizinhos a tratavam, como “um homem vestido de mulher”, sempre a questionavam acerca da permanência ou retirada do pênis ou se dirigiam à usuária fazendo usufruto dos pronomes masculinos.

Quando não isso, a usuária era procurada por homens para ato sexual por dinheiro ou violada quando tais homens desejavam tocar no seu órgão peniano, situações passadas que somente ao permitir atingir a consciência a deixavam muito triste, chorosa e com asco de si mesma. Afirmava também que, se fosse uma mulher “com cor de pele como o senhor doutor”, referindo-se a mim, sofreria mais ainda.

O que fazer com as suas demandas? Souza et al (2020) afirmam que sujeitos LGBTs apresentam maiores indicativos de vulnerabilidade física e social que o restante do lastro de contingente populacional, inclusive heterossexual. Demandam “uma compreensão mais integral e humana do sujeito na sua relação com os serviços e Sistema de Saúde” (PAULINO et al, 2019, apud DE SOUZA, 2020, p. 11).

Visando à integralidade da atenção aos usuários e usuárias oriundos ou pertencentes à população LGBTQ+, estudos apontam as seguintes necessidades/ obstáculos a sua concretização: Tratamento equânime, ou seja, iguais na universalidade¹⁴ e discriminado conforme as necessidades específicas de saúde; A oferta, disposição e importância das terapias hormonais, das cirurgias, do nome social e estratégias à manutenção do vínculo familiar e amoroso-sexual como ferramentas de cuidado aos usuários e usuárias em sofrimento; Rompimento do código moral, arcabouço cultural, apontado como o principal obstáculo para o estabelecimento de políticas de cuidado em saúde e,

¹³ “Ainda é importante expor que, dentro dessa parcela da população, os negros e indígenas estão mais propensos a terem pensamentos suicidas ou tentarem, realmente, o suicídio ou algum ato de autoflagelação ao longo da vida, ou seja, além da discriminação por sua identidade de gênero, ainda existe um paradigma em relação à sua raça” (RIOS et al, 2020, p. 05).

¹⁴ Referência ao princípio de universalidade, Lei 8.008/90.

por fim, o combate e desconstrução do estigma nas práticas e ações de saúde ofertados pelas equipes/ profissionais (ROCON et al, 2016; ALBUQUERQUE, BOTELHO & RODRIGUES, 2019, apud DE SOUZA, 2020; COSTA E LIONÇO, 2006 apud ARAN et al, 2009; IRINEU & OLIVEIRA, 2020; MERHI, 2021; RIOS et al, 2020; PEREIRA, 2016; MAGALHÃES, s.d. e ONU, 2019, apud MERHI, idem).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A garantia de direitos dá-se na construção de políticas de equidade, especialmente quando os sujeitos vulnerabilizados podem obter melhores condições de vida. Condições essas que perpassam a garantia de direitos à saúde que protagonizem a dignidade de sua existência enquanto pessoas, usuários do SUS, cidadãos, incidindo diretamente sobre a sua autonomia subjetiva e seus corpos, frentes às suas escolhas e identidades.

O presente trabalho aliena-se à ínfima produção de saberes e discursos de saúde voltados à população LGBTQ+, especialmente à população transexual, tendo em vista que são poucas as pesquisas e produções destinadas à referida categoria social, especificamente quando é abordada no âmbito da Atenção Primária à Saúde – APS/SUS.

O relato de experiência, na atenção e assistência às pessoas como a Lili, numa Unidade de Saúde da Família – USF, durante o primeiro ano de Programa Integrado de Residências da FESF/FIOCRUZ, destinou-se a promover a reflexão acerca das ações e políticas de saúde que possam eleger as usuárias e os profissionais de saúde como protagonistas de culturas mais equânimes, seja no campo moral e social, quanto político ou da saúde pública. Isso convoca o ensino-pesquisa, as políticas públicas e as abordagens teórico-práticas ao diálogo sobre as necessidades de saúde das pessoas e produções mais emancipadoras.

REFERÊNCIAS

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1141-1149, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SBvq6LKYBTWNR8TLNsFdKkj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf> Acesso em: 1 mar. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União. Ministério da Saúde**, 2011. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 01 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.482 /97**. Brasília, DF: CFM, 1997. Disponível em: 1482_1997.htm - 1482_1997.pdf (cfm.org.br). Acesso em: 20 fev. 2021.

DE JESUS, Jaqueline Gomes. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. **Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião, Brasília**, p. 1-23, abril. 2012. Disponível em: <http://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%A8NERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

DE SOUZA, Alini Basso, et al. Os impactos do preconceito social e familiar na saúde mental das lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais. **Research, Society and Development**, v.9, n.4, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2760>. Acesso em: 20 fev. 2021.

IRINEU, Bruna Andrade; OLIVEIRA, Brendhon Andrade. Um balanço das políticas públicas de trabalho, emprego e renda para a população LGBT no Brasil e na Argentina (2004-2014). **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 8, n.16, p. 40-55, 2020. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia/article/view/7298>. Acesso em: 23 fev. 2021.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. 3 ed., Chicago and London: The University of Chicago Press, 1996. Tradução: Paulo Aukar, edição do tradutor, Santa Maria. 2018. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/510697956/Thomas-Kuhn-A-Estrutura-das-Revolucoes-Cientificas-Edicao-do-Tradutor-2018>. Acesso em: 24 fev. 2021.

LIMA, Mônica. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/PYYnWwpc5RJQjvR35s8VMVK/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 9 dez. 2018.

MENDES, Wallace Góes; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Homicídios da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT) no Brasil: uma análise espacial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1709-1722, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4947yK7K5JTN5sHJRKTfPvD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2021.

MERHI, Tâmara Elias Tamer Cunha. Transexualidade na atenção primária de saúde: um relato de experiência em uma unidade de uma cidade em Goiás. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 7074-7082, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/23404>. Acesso em: 20 fev. 2021.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface-comunicação, saúde, educação**, n. 23, e. 180279, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180279>. Acesso em: 23 fev. 2021.

PEREIRA, Cleyton Feitosa. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de direitos humanos LGBT no Brasil. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 4, n. 1, p. 115-137, 2016. Disponível em: <https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/307>. Acesso em: 25 fev. 2021.

RICH, Adrienne. Compulsory heterosexuality and lesbian existence. *Signs magazine*, 1980. Tradução: Carlos Guilherme do Valle, **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v.4, n.5, p. 17-44, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309> Acesso em: 22 fev. 2021.

RIOS, Amanda Rodrigues, et al. A influência dos aspectos biopsicossociais nas elevadas taxas de suicídio da população transgênero. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 15, e. 4863, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e4863.2020>. Acesso em: 23 fev. 2021.

ROCON, Pablo Cardozo, et al. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e. 180633, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180633>. Acesso em: 1 mar. 2021.

ROCON, Pablo Cardozo, et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zGJyVqQ6WGjyRzLqfd8vRD/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2021.

WHITBOURNE, Susan Krauss; HALGIN, Richard P. **Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos**. 7ª ed., The McGraw-Hill Companies: New York, 2013. Tradução: Maria Cristina G. Monteiro; Revisão técnica: Francisco B. Assumpção Jr., Evelyn Kuczynski. 7ª ed., AMGH, Porto Alegre. 2015.