



utad

UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BRAGANÇA



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior
de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

(Co)construindo percursos de saúde familiar: vozes de pessoas trans, famílias e profissionais

Carla Alexandra Rodrigues Santos



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Carla Alexandra Rodrigues Santos

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**(Co)construindo percursos de saúde familiar:
vozes de pessoas trans, famílias e profissionais**

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Carminda Morais

Junho de 2024

AGRADECIMENTOS

Sou imensamente grata a todas as pessoas que comigo construíram este percurso ou que de alguma forma nele participaram.

Aos meus colegas do Petúnia, primeiros impulsionadores deste percurso, por provarem que, em conjunto, temos o poder “transformador” sereno, mas incontornável e que a diversidade é o maior capital humano.

Às pessoas e às famílias, pela generosidade com que partilharam as suas vivências, as suas experiências, os seus saberes.

Às associações Amplos, rede ex aequo e Anémoma, por de forma tão altruísta participarem no enriquecimento deste percurso.

Aos elementos da equipa da USF Cuidarte, pelo acolhimento, abertura a novos desafios e a grandeza de partilharem fragilidades num visível comprometimento com o ser, estar e o fazer melhor.

À equipa de enfermagem da USF Cuidarte, em particular à enfermeira Especialista Vera Pinto, pela reflexão, debate e participação ativa que trouxeram novas perspetivas e enriqueceram este trabalho, mas também pelo incentivo para levar adiante.

À enfermeira Mestre e Especialista Sara Rufo, orientadora do contexto clínico, por me desafiar e promover todas as condições para o desenvolvimento deste processo de aprendizagem. Por me apoiar, se envolver e participar neste percurso como se fosse seu.

À Professora Doutora Carminda Morais, verdadeira facilitadora-treinadora de aprendizagem. Por exigir rigor e seriedade, me ampliar horizontes e estimular as minhas próprias descobertas. Por me ajudar a ultrapassar inseguranças e bloqueios e me fazer sentir sempre apoiada e confiante para encetar caminhos fora da minha zona de conforto, mas muito mais estruturantes e gratificantes.

Às minhas colegas de trabalho da UCSP de Valença e à enfermeira gestora por fazerem tudo para tornar o meu caminho possível e mais fácil. Sei que muitas vezes com grande esforço.

Às minhas três companheiras nesta viagem de enfermagem de saúde familiar desde 2019, pela força nos momentos difíceis e o incentivo em todos os outros.

À equipa MAIEC por me abrirem portas para poder continuar este percurso de aprendizagem e tornarem possível um desejo antigo – pessoas da academia, da prática clínica e da comunidade a trabalhar em conjunto.

Às pessoas minhas amigas, por estarem, por serem ...

À minha pequena grande família, por tudo ...

O meu muito obrigada

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas, que por altruísmo, se levantam e lutam pelo direito `a ser` de todas as outras pessoas.

PENSAMENTO

“Gosto de ser gente porque a História em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo.”

Paulo Freire in *Pedagogia da Autonomia*.

(Freire, 1996, p. 23).

RESUMO

Enquadramento: As pessoas Trans e suas famílias estão expostas ao preconceito e à discriminação, enquanto condicionantes bidirecionais dos diversos sistemas ecológicos, geradores de *stress* com impacto não negligenciável nos sistemas familiares e sociais, onde os sistemas de saúde em geral e de saúde familiar em particular se inscrevem.

Objetivos: Mapear dimensões relevantes na conceção de cuidados com as pessoas Trans, as suas famílias e equipa de saúde familiar; sintetizar sugestões de melhoria; encetar o processo de melhoria das práticas numa lógica de (co)construção e analisar o desenvolvimento de competências no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP).

Metodologia: Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, norteado pelas *guidelines* propostas pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) e pelos pressupostos da investigação-ação. Para a colheita de dados recorreu-se ao questionário sociodemográfico, entrevista e estratégias participativas. O tratamento e análise de dados foi realizado com recurso à análise de conteúdo.

Resultados: Participaram 4 pessoas Trans, 3 elementos da família e 18 da equipa de saúde familiar (EQSF). Dos discursos dos participantes emergiram 4 dimensões relevantes na conceção dos cuidados de saúde com pessoas Trans e com as suas famílias: *criação de espaço de partilha; escuta das vivências nos processos de afirmação da identidade de género (IG) Trans; exploração dos recursos familiares e reconhecimento das expectativas sobre o papel da equipa.* Como sugestões de melhoria de cuidados evidenciaram-se o *reconhecimento da diversidade de IG e capacitação da equipa de saúde familiar.*

A evidência produzida, consolidada pela realização da *scoping review* e pelas aprendizagens decorrentes de processos de (co)criação em ampla articulação com os referenciais teóricos, conformaram ações estruturantes do desenvolvimento da prática especializada em enfermagem de saúde familiar (ESF) baseada na evidência.

Conclusões: Partindo das vozes e dos silêncios das pessoas Trans, famílias e profissionais, encetou-se um percurso, de descoberta de sentidos que coloca as pessoas e as famílias no centro dos cuidados, valoriza as experiências dos profissionais, a aprendizagem ao longo da vida e investe na produção e divulgação científica, basilares para a (co)construção do processo de cuidados.

Palavras-chave: Pessoas transgénero, identidade de género, família, saúde da família, enfermagem familiar, cuidados de saúde primários.

ABSTRAT

Background: Trans people and their families are exposed to prejudice and discrimination, as bidirectional conditioning factors of the various ecological systems that generate stress with a non-negligible impact on family and societal systems, where health systems in general and family health in particular are inscribed.

Objectives: To map relevant dimensions in the design of health care for Trans people, their families and family health team; synthesize suggestions for improvement; to start the process of improving practices in a logic of (co)construction and to analyse the development of skills within the scope of the professional internship.

Methodology: Exploratory, descriptive study with a qualitative approach, guided by the guidelines proposed by the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) and by the assumptions of action research. For data collection, a sociodemographic questionnaire, interviews and participatory strategies were used. The data processing and analysis was carried out using content analysis.

Results: 4 Trans people, 3 family members and 18 family health team participated. From the participants' speeches, 4 relevant dimensions emerged in the design of health care for trans people and their families: creation of a space for sharing; listening to the experiences in the processes of affirmation of Trans gender identity (GI); exploitation of family resources and recognition of expectations about the team's role. As suggestions for improving care, the recognition of the diversity of GIs and the empowerment of the family health team were highlighted.

The evidence produced, consolidated by the scoping review and the learning resulting from (co)creation processes in broad articulation with the theoretical frameworks, shaped structuring actions for the development of evidence-based specialized practice in family health nursing (FHS).

Conclusions: Starting from the voices and silences of Trans people, families and professionals, a path of discovery of meanings was initiated that places people and families at the centre of care, values the experiences of professionals, lifelong learning, and invests in scientific production and dissemination, which are basic for the (co)construction of the care process.

Keywords: Transgender people, gender identity, family, family health, family nursing, primary health care.

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACRÓNIMOS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
IFNA	<i>International Family Nursing Association</i>
MAIEC	Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário
MDAIF	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho

SIGLAS

ApS	Aprendizagem em Serviço
AT	Assistentes Técnicos
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ECESF	Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar
EEESF	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar
ENP	Estágio de Natureza Profissional
EQSF	Equipa de Saúde Familiar
ESF	Enfermagem de Saúde familiar
ESS-IPVC	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo
IG	Identidade de Género
LGBTI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, Intersexo
MGF	Medicina Geral e Familiar
MRSFAA	Modelo de Resiliência de <i>Stress</i> Familiar, Ajustamento e Adaptação
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
OE	Ordem dos Enfermeiros
PCE	Processo de Cuidados de Enfermagem
PE	Processo de Enfermagem
PENF	Pessoa Enfermeira
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TSBE	Teoria dos Sistemas Bioecológicos
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	i
DEDICATÓRIA	ii
PENSAMENTO	iii
RESUMO	iv
ABSTRAT	v
ACRÓNIMOS E SIGLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS	0
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – PERCURSO TEÓRICO	4
1. CUIDADOS DE SAÚDE FAMILIAR COM PESSOAS TRANS E FAMÍLIAS	5
1.1. PERSPETIVA BIOECOSISTÉMICA	6
1.2. AJUSTE E ADAPTAÇÃO FAMILIAR	12
1.3. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR NA INTERFACE COM A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR	17
2. (RE)CONFIGURAÇÃO DOS PROCESSOS FORMATIVOS	21
2.1. APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA	22
2.2. APRENDIZAGEM EM SERVIÇO	27
PARTE II - JORNADA DE DESCOBERTA DOS SENTIDOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	29
1. PARTINDO DO TRÍPTICO DOS SENTIDOS	30
2. RUMO À PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA: ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	36
2.1. DA PROBLEMÁTICA	37
2.2. METODOLOGIA	43
2.2.1. Questões de investigação, finalidade e objetivos	43
2.2.2. Tipo de estudo	44
2.2.3. População e participantes	44

2.2.4. Instrumentos e estratégias de recolha de dados	44
2.2.5. Procedimentos de recolha de dados	44
2.2.6. Procedimentos de tratamento e análise de dados	46
2.2.7. Procedimentos éticos	46
2.3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	47
2.3.1. Caraterização dos participantes	47
2.3.2. Vozes de pessoas Trans, famílias e equipa de saúde familiar	50
2.4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	57
2.5. SUGESTÕES E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E PARA OS PROCESSOS FORMATIVOS	94
CONCLUSÕES	96
PARTE III – PROCESSO DE BOLONHA NA INTERFACE COM O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS	98
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	99
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	104
2.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	104
2.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	106
2.3. GESTÃO DOS CUIDADOS	108
2.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	110
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	112
3.1. CUIDA A FAMÍLIA, ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS, E DE CADA UM DOS SEUS MEMBROS, AO LONGO DO CICLO VITAL E AOS DIFERENTES NÍVEIS DE PREVENÇÃO	112
3.2. LIDERA E COLABORA NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	118
CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS	143

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde	144
APÊNDICES	147
Apêndice I – Questionários de caracterização socioemográfica	148
Apêndice 2 – Guiões da entrevista	155
Apêndice 3 – Consentimento livre e esclarecido	157
Apêndice 4 – Unidades de registo por tema, categorias, subcategorias	160
Apêndice 5 – Matriz de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas de ECESF	176

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figuras

Figura 1 - Níveis de sistemas ambientais da Teoria dos Sistemas Bioecológicos

Figura 2 - Fase de ajustamento do Modelo de Resiliência de *Stress* Familiar, Ajustamento e Adaptação

Figura 3 - Fase de adaptação do Modelo de Resiliência de *Stress* Familiar, Ajustamento e Adaptação

Figura 4 – Eixos de ação do projeto Petúnia

Tabelas

Tabela 1 - Caraterização das pessoas Trans relativa a aspetos da Identidade de Género

Tabela 2 – Caraterização das famílias relativa a aspetos sociodemográficos e da revelação da IG

Tabela 3 - Caraterização da equipa relativa a aspetos sociodemográficos e profissionais

Tabela 4 - Temas por áreas temáticas, categorias, subcategorias e génese das unidades de análise

Tabela 5 - Categorias, subcategorias e unidades de registos relativas à área temática `criação de espaço de partilha`

Tabela 6 - Categorias, subcategorias e unidades de registos relativas à área temática `escuta de vivências nos processos de afirmação da IG Trans`

Tabela 7 - Categorias, subcategorias e unidades de registos relativas à área temática `exploração dos recursos familiares`

Tabela 8 - Categorias, subcategorias e unidades de registos relativas à área temática `reconhecimento das expetativas sobre o papel da equipa`

Tabela 9 - Ações estruturantes desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional

INTRODUÇÃO

O Relatório Final do ENP que se apresenta, integra o plano curricular do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. É requisito de um percurso que garante simultaneamente condições para a atribuição do título profissional de enfermeiro especialista em ECESF pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e para a obtenção de grau de mestre, após prestação e aprovação de prova pública.

Os cuidados de saúde com as pessoas Trans e as suas famílias constituiu o foco do ENP. O preconceito e a discriminação presentes em todos os ambientes ecossistémicos geradores de *stress* (Gato et al., 2024; Meyer, 2015), a invisibilidade das pessoas Trans e das suas famílias em contexto da EQSF e a reconhecida insuficiente formação dos profissionais de saúde neste âmbito (Coleman et al., 2022; Saleiro et al., 2022) aumentam a iniquidade no acesso aos cuidados e comprometimento da sua saúde mental e global (García-Acosta et al., 2024; Portugal, 2019). Em contrapartida, os cuidados de saúde que afirmam explicitamente a IG da pessoa Trans estão associados a maior resiliência e melhores indicadores de saúde (Moleiro et al., 2020; Tebbe & Budge, 2022).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são, também na área da diversidade de IG, a primeira linha de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os profissionais das EQSF detêm um papel preponderante no acolhimento, avaliação, referenciação e acompanhamento, ao longo do ciclo de vida das pessoas Trans independentemente das mudanças afirmativas que decidam fazer (Coleman et al., 2022; Portugal, 2019). Assim como no acompanhamento das famílias, dado que a revelação e afirmação da IG Trans de um elemento da família podem constituir-se como fatores de *stress* para o sistema familiar (Sansfaçon et al., 2020; Westwater et al., 2019) que, visando o (re)equilíbrio, dão origem a processos de ajuste e/ou adaptação (Price et al., 2020).

A proporção considerável de pessoas adultas e sobretudo de crianças e adolescentes que se identifica com IG Trans ou com diversidade de IG (Coleman et al., 2022), como se evidencia no ponto 1, e o incremento muito significativo do pedido de alteração da menção de sexo e nome próprio no registo civil a que assistimos nos últimos anos em

Portugal (Portugal, 2023), mostram que a diversidade de IG, nomeadamente Trans, é uma realidade que profissionais e serviços de saúde não podem ignorar.

Uma temática tão complexa, com condicionantes em todos os níveis dos ambientes ecossistémicos, requer uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional, conformando, simultaneamente uma oportunidade de diferenciação positiva para a ESF, pelo envolvimento efetivo na criação de condições promotoras de processos adaptativos, de vida e de saúde mais positivos e humanistas.

Foi sob estes pressupostos que encetamos mais uma etapa do percurso formativo, o ENP, que decorreu entre 02 de outubro de 2023 e 29 de março de 2024, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Alto Minho. Porém, a sua génese remete-nos para uma experiência prévia de `aprender fazendo` nos termos e pressupostos de Paulo Freire (1996) e da sistematização experiencial de Holliday (2006) - o Projeto *Link Me Up 1000 Ideias* – de abordagem Demola no âmbito da “Inclusão e Identidades de Género”. Os resultados da análise diagnóstica, a consolidação conceptual e teórica, o desenvolvimento de competências transversais e de metodologias participativas e de (co)criação evidenciadas num trabalho de projeto em equipa, premiado no IPVC e levado à *Technological University of the Shannon, Midlands Midwest (Limerick)*, na Irlanda, refletiram-se na conceção do Projeto Petúnia e nortearam o seu aprofundamento e transferibilidade para a prática e em contexto de ENP. A análise crítico-reflexiva sobre o ENP, (co)construído em espiral, enriquecido pela articulação entre os projetos da USF e os meus projetos pessoais e pelo diálogo permanente entre a (re)configuração do percurso teórico e o praxiológico, consubstanciam o conteúdo e forma deste Relatório. Intencionalmente assenta na articulação entre os projetos da USF com o meu projeto pessoal, profissional e formativo, numa lógica participativa, colaborativa, de (co)criação e de investigação-ação, orientado para a melhoria da prática e para o desenvolvimento humano resultante de aprendizagens decorrentes da mudança.

Norteados pelos referenciais teóricos de ESF, apresenta-se a análise, mais do que a descrição, dos contributos do ENP para o processo de desenvolvimento de competências inerentes ao grau de mestre, nos termos propostos por Bolonha (*European Commission*, s.d., 2020) e simultaneamente de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas do enfermeiro especialista em ECESF (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Assim, em consonância também com as competências a desenvolver realizou-se um conjunto de ações ao longo do ENP alinhado com os seguintes objetivos: i) caracterizar o processo de cuidados saúde na ótica das pessoas Trans e famílias e na perspetiva da EQSF; ii) (co)construir um projeto de intervenção especializada em ESF, no âmbito dos cuidados com pessoas Trans e suas famílias, com base na evidência produzida e nas necessidades identificadas com recurso a lógicas participativas; iii) participar na implementação do Projeto Petúnia, na ESS-IPVC, com vista à promoção de respostas adaptativas de pessoas Trans em transições de vida, designadamente no ensino superior; e iv) perspetivar rede de parcerias de apoio à expressão e ao respeito pela pluralidade de IG, em resultado do compromisso da ESF com os direitos humanos e a cidadania+.

A implementação de uma prática baseada na evidência que coloca as pessoas Trans e suas famílias no centro do processo, enquanto parceiras de cuidados constitui-se no ponto de partida da intervenção em contexto de estágio. A escuta das forças e fraquezas que emergem pelas vozes, mas também pelos silêncios dos elementos da EQSF, permitiu a conscientização de que é na descoberta deste tríptico de sentidos que se (co)constrói o processo de cuidados, nos termos enunciados pela Collière (2012). É com base em processos de cuidados desta natureza que, ainda que em pequena escala, se pode contribuir para a construção do futuro 2030 mais alinhado com o preconizado pela Organização das Nações Unidas (*United Nations*, s.d.) nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), designadamente para redução das desigualdades (ODS 10), promoção da igualdade de géneros (ODS 5) numa ótica que supera o binarismo de género, bem como, para a qualidade da saúde (ODS 3) enquanto valor social e central.

O Relatório Final do ENP, onde se inscreve o aprofundamento destas reflexões, encontra-se estruturado em três partes. A primeira parte correspondente ao percurso teórico estruturante para a compreensão das pessoas Trans e das suas famílias numa perspetiva bioecossistémica e de resiliência, ajuste e adaptação ao *stress*, bem como da agência em enfermagem de saúde familiar na equipa multidisciplinar. Assim, a (re)configuração dos processos formativos na ótica de aprendizagem ao longo da vida e de aprendizagem em serviço integra-se também nesta parte do relatório. A segunda parte centra-se na praxis subjacente ao ENP, ou seja, no estudo de investigação e demais ações desenvolvidas suportadas na evidência científica externa, mas também produzida no contexto. A terceira parte foca-se no desenvolvimento das competências especializadas.

PARTE I – PERCURSO TEÓRICO

1. CUIDADOS DE SAÚDE FAMILIAR COM PESSOAS TRANS E FAMÍLIAS

Os referenciais teóricos asseguram uma estrutura baseada em pressupostos científicos e filosóficos que orientam a prática (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2023). Ao relacionarem conceitos, identificam padrões que permitem prever as consequências de características ou eventos e provêm distintas compreensões sobre como podem afetar as pessoas e as famílias. Assim, suportam a tomada de decisão sobre as opções de intervenção, quer na forma de cuidados antecipatórios quer orientados para a estabilização ou resolução de problemas, que as ajudarão a alcançar os melhores resultados (Robinson et al., 2022).

As pessoas e as famílias, pela sua complexidade e singularidade, não são suscetíveis de serem compreendidas à luz de um único referencial teórico. Usar diferentes lentes para visualizar os problemas das famílias amplia a compreensão e a acessibilidade a diferentes soluções, opções de cuidados e intervenções (Robinson et al., 2022). Ajudam a decodificar, articular e procurar o sentido das informações recolhidas bem como a forma de as mobilizar (Collière, 2012).

Considera-se que a Teoria dos Sistemas Bioecológicos (TSBE) conjuntamente com o Modelo de Resiliência de *Stress* Familiar, Ajustamento e Adaptação (MRSFAA) são essenciais para uma compreensão ampla dos processos de vida e de saúde das pessoas Trans e das suas famílias. Permitem a compreensão contextualizada dos ambientes em que vivem, nomeadamente social e político, da sua reciprocidade, do impacto que podem ter na sua vida e saúde, assim como dos elementos presentes nas respostas adaptativas familiares a situações causadoras de *stress*. Conciliam-se estas perspetivas teóricas com os metaparadigmas da ESF fundamentados nos pressupostos do pensamento sistémico e com os valores norteadores do Modelo de Cuidados de Enfermagem Baseado nas Forças e recorre-se ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), por sua vez sustentado no Modelo de Avaliação e no Modelo de Intervenção Familiar de Calgary. A articulação entre os referenciais teóricos da ESF oferece uma estrutura teórica que alicerça a prática especializada nesta área específica e contribui para a colaboração multidisciplinar (OE, 2023), necessárias ao processo de cuidados de saúde e fundamentais na construção deste percurso de ENP no âmbito dos cuidados de saúde com pessoas Trans e com as suas famílias.

1.1. PERSPETIVA BIOECOSISTÉMICA

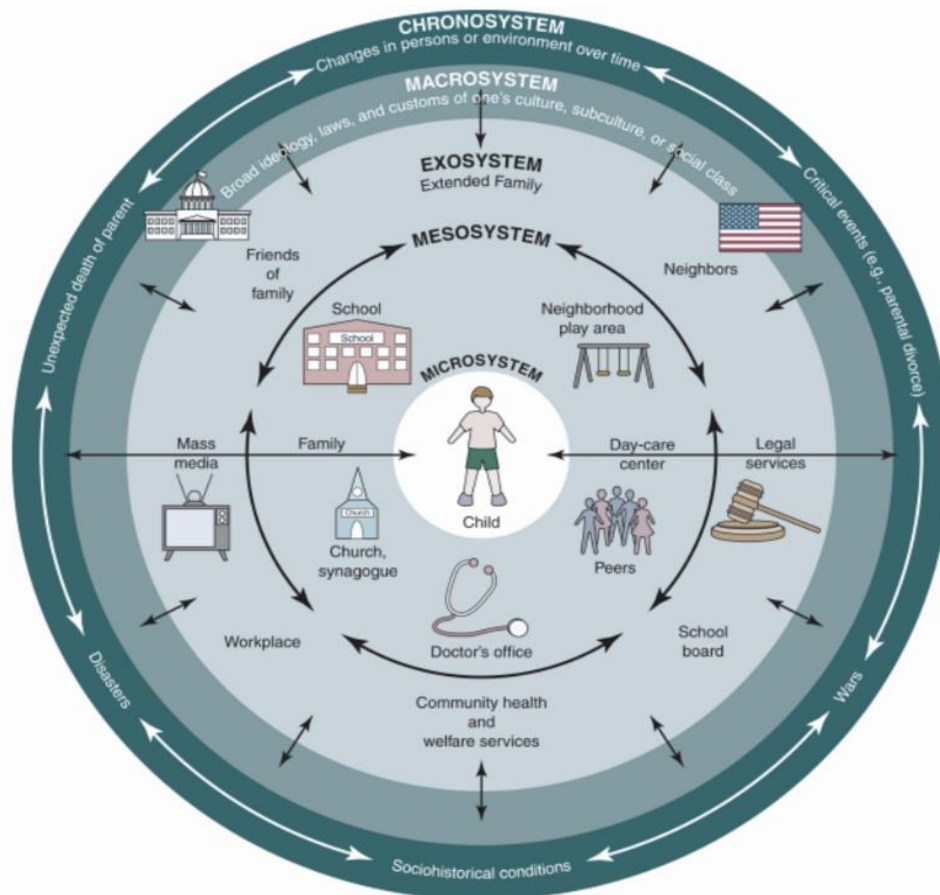
A TSBE desenvolvida por Urie Bronfenbrenner, concentra-se na interação e interdependência das pessoas, enquanto entidades biopsicológicas e sociais, com os ambientes onde vivem, vistos como sistemas que interagem ao longo do ciclo da vida e se influenciam mutuamente (Robinson et al., 2022; Rosa & Tudge, 2013; White et al., 2015). Permite-nos compreender, como as políticas, as normas sociais, a cisnormatividade e a visão binária relativa ao género, entre outras, impactam na vida e na saúde das pessoas Trans e das famílias, mas também como estas podem exercer influência em direção inversa.

Com contributos de outras teorias, nomeadamente da Teoria dos Sistemas Familiares de Bowen aplicada com as famílias e da Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy, a TSBE entende que todos os organismos são sistemas complexos, organizados e interativos (Robinson et al., 2022). Com base nos pressupostos do pensamento sistémico a família é entendida como um sistema organizado, composto por elementos que formam uma rede interativa e interdependente, com interações circulares entre si cujo resultado pode ser funcional ou disfuncional. As famílias mudam constantemente em resposta ao *stress* e a tensões tanto do ambiente interno quanto externo e usam os recursos familiares que possuem para manter a estabilidade do sistema. Entende-se que todas as partes do sistema estão interrelacionadas, portanto o que influencia uma parte do sistema influencia todas as outras. Assim, o que acontece com a família como um todo afeta cada membro individual da família, e vice-versa (Figueiredo, 2023; Robinson et al., 2022). A família é mais do que o conjunto de elementos individuais e das relações isoladas entre eles, é o conjunto de todos os relacionamentos e, por isso, um todo que suplanta a soma de suas partes. Como sistemas, as famílias têm limites ou fronteiras em relação ao ambiente e assim controlam o fluxo de informações, pessoas e stressores que podem ter impacto no seu sistema familiar. É importante conhecer a permeabilidade dos limites de cada família à informação, pessoas ou outras formas de recursos pois condicionam o processo de ajuste ou adaptação a situações adversas e simultaneamente o processo de cuidados de saúde. Famílias com limites flexíveis, controlam seletivamente a sua abertura para se adaptar à situação, já as famílias com limites fechados têm menor abertura ao exterior o que pode dificultar a entrada de profissionais de saúde, informação ou outro apoio externo. As famílias com limites muito abertos, não selecionam a quantidade ou qualidade dos

recursos, incorrendo em processos caóticos e desorganizados, mas que em contrapartida lhes pode permitir obter mais recursos (*ibidem* 2023, 2022).

A TSBE assenta em quatro conceitos multidirecionais e interrelacionados - pessoa, processo, contexto e tempo – que, em conjunto, influenciam o desenvolvimento humano. Realça, ainda, os atributos biopsicológicos das pessoas, a bidirecionalidade das relações entre estas e os contextos e a alteração das interações ao longo do tempo (Rosa & Tudge, 2013; White et al., 2015). Aplicada à família enquanto todo sistémico, a TSBE tem como premissa que o desenvolvimento individual e familiar é contextual ao longo do tempo e influenciado por cinco níveis de sistemas ambientais - micro, meso, exo, macro e crono - (Robinson et al., 2022; Rosa & Tudge, 2013), como exemplificado na figura 1.

Figura 1. – Níveis de sistemas ambientais da Teoria dos Sistemas Bioecológicos



Fonte: Robinson et al. (2022)

O microssistema, corresponde aos ambientes nos quais as pessoas e as famílias vivem, desempenham os seus papéis e estão em interação mais direta, como os pares, escolas

serviços de saúde e comunidade. A relação entre os principais microssistemas compõe o mesossistema. A sua avaliação permite perceber se a interação entre pessoas/famílias e a escola, os serviços de saúde ou outros elementos dos microssistemas, afetam as famílias. Por sua vez, os ambientes externos que influenciam indiretamente as pessoas e as famílias constituem o exossistema, como no caso das políticas que influenciam as escolas e serviços de saúde e consequentemente têm impacto nas pessoas e família. O macrossistema está relacionado com as atitudes culturais, ideologias ou sistemas de crenças que influenciam os diversos ambientes nomeadamente os valores e as normas sociais. O cronossistema é constituído por contextos relacionados com o tempo em que as mudanças ocorrem. Tem efeito nos outros quatro níveis e inclui eventos históricos e sociais assim como as transições ao longo do ciclo de vida de pessoas e famílias.

Para compreender as pessoas Trans e as suas famílias, identificar os seus recursos, forças e vulnerabilidades e garantir cuidados de saúde que vão de encontro às suas necessidades, impõe-se incontestavelmente escutá-las na primeira pessoa, mas também conhecer os vários níveis de sistemas ambientais em que vivem e de que forma as condicionam.

Importa assim compreender que o conceito de `sexo biológico` tem sido entendido, com base numa divisão dicotómica e de determinismo biológico, como um conjunto de características orgânicas que permite atribuir à nascença, a pertença ao sexo masculino ou feminino e respetivamente ao género homem ou mulher. A cada género, a sociedade pré-determina e faz corresponder de forma distintiva, papéis e expressões de género, significações, padrões de comportamentos e condutas (*American Psychological Association* [APA], 2021; Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2023; Saleiro et al., 2022). Esta perspetiva não contempla a diversidade humana, nomeadamente no que diz respeito à IG, enquanto perceção intrínseca, subjetiva e individual em relação ao género, não necessariamente ligada ao sexo biológico. Na maioria das pessoas, a IG autodeterminada está em concordância com o sexo e o género atribuído à nascença (pessoas Cis). No entanto, existem pessoas em que o sexo atribuído à nascença e a auto perceção da IG não coincidem (pessoas Trans) e as pessoas não binárias que não se reconhecem no conceito dicotómico de género, mulher/homem (Coleman et al., 2022; Portugal, 2019; OPP, 2023; Rodrigues et al., 2020). Salvaguarda-se que nem todas as pessoas que não se identificam com o sexo e/ou género atribuído ao nascimento se reconhecem na designação Trans (APA, 2021). No presente relatório, usar-se-á o termo

‘Trans’ em consonância com o usado em Portugal (2019), considerado mais inclusivo por permitir integrar a grande diversidade de experiências de IG.

O desenvolvimento e o autorreconhecimento da IG é um processo não linear, contínuo e dinâmico de interação entre a experiência individual e o contexto social (Sansfaçon et al., 2020). Pode ter início na infância e persistir ou não ao longo da vida, como pode o questionamento surgir na puberdade ou na idade adulta (OPP, 2023; Sansfaçon et al., 2020). A necessidade de fazer alguma, todas ou nenhuma das mudanças de afirmação de género (psicológicas, sociais, hormonais, cirúrgicas ou administrativas/legais) também difere em cada pessoa Trans (APA, 2021; Gato et al., 2024; Saleiro et al., 2022).

Apesar da diversidade, as pessoas Trans, têm em comum a quebra das expectativas e normas de género socialmente determinadas, que as expõe a situações de preconceito e discriminação, que é maior comparativamente com as pessoas lésbicas, gays e bissexuais (Moleiro et al., 2020; Saleiro et al., 2022). Estas situações são geradoras de uma forma particular de *stress*, denominado *stress* minoritário (APA, 2021; Gato et al., 2024; Meyer, 2003, 2015; Saleiro et al., 2022). O *stress* minoritário decorre simultaneamente de episódios de discriminação observável e da internalização do estigma por processos cognitivos e afetivos. Resulta num estado constante de antecipação de situações discriminatórias e inerentemente de tensão, ansiedade e preocupação, levando à ocultação da IG, aumentando o risco de vulnerabilidade social e de comprometimento da saúde mental e global (APA, 2021; Coleman et al., 2022; Meyer, 2015; Moleiro et al., 2020).

A nível do macrossistema, a perceção de discriminação desencoraja as pessoas Trans a divulgarem a sua IG, nomeadamente a profissionais de saúde e aumenta o desconforto para discutir aspetos específicos da saúde Trans (OPP, 2023; Saleiro et al., 2022; Rodrigues et al., 2020), com consequente diminuição da procura de cuidados de saúde, iniquidade no acesso a cuidados de saúde adequados e impacto nos seus níveis de saúde (Despacho n.º 5643/2023, 2023; Portugal, 2019; Rodrigues et al., 2020).

Os valores e a visão social dominante (biodeterminista, cisnormativa e binária), a cultura, as políticas nacionais e internacionais e a legislação (macrossistema) influenciam as políticas da saúde, educação, emanção de orientações e normas técnicas (exossistema), com repercussões nos contextos escolares e serviços de saúde (microssistema). Ao nível dos serviços de saúde em Portugal, as experiências insatisfatórias das pessoas Trans com profissionais da área dos CSP, estão relacionadas com a linguagem e comportamentos

inapropriados, desadequação dos cuidados, quer de carácter geral quer específicos da saúde Trans e com o acesso a encaminhamento, apontando maioritariamente para o insuficiente conhecimento destes profissionais (Gonçalves, 2021; Portugal, 2019; Rodrigues et al., 2020; Saleiro et al., 2022).

A bidirecionalidade também está presente e visível nomeadamente no *lobbying* exercido pelas associações civis nas políticas, meios de comunicação social e, por exemplo, na advocacia exercida por profissionais de saúde. São assim, fatores com um forte impacto na vida e na saúde das pessoas Trans e das suas famílias, na medida em que condicionam o reconhecimento e respeito social pela diversidade de IG e, consequentemente, o grau de estigma, preconceito e discriminação a que estão expostas.

Em termos políticos e legislativos relacionados com a IG, Portugal tem feito um percurso lento, mas positivo. Destacam-se a assinatura da Declaração dos Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Género (Parlamento Europeu, 2011), que estabelece as obrigações legais fundamentais dos Estados no que diz respeito à proteção e salvaguarda dos direitos humanos das pessoas LGBTI+, e a aprovação da Lei n.º 38/2018 que estabelece o direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e o direito à proteção das características sexuais de cada pessoa. Um dado que pode sugerir um efeito positivo desta lei, provavelmente relacionado com um maior conforto das pessoas em expor a sua IG, é o incremento muito significativo do pedido de alteração a menção de sexo e nome próprio no registo civil, (61%) nos últimos 4 anos (2020 a 2023), comparativamente com o período 2011 a 2019, ou seja, os 9 anos anteriores (Portugal, 2023; Carmo, 2023). O mesmo acontece com pessoas menores (16, 17 anos), em que em 2023 se registou um aumento de 53% em relação ao ano anterior (Carmo, 2023).

Importa ainda referir que a estimativa da proporção de pessoas Trans é dificultada pela variabilidade de conceitos relacionados com a diversidade de IG presente também nos estudos de investigação (Coleman, et al., 2022; Macedo, 2024). Segundo Coleman et al. (2022), habitualmente, os estudos clínicos restringem-se a pessoas que procuraram serviços relacionados com a sua IG Trans, nomeadamente hormonoterapia e cirurgia, enquanto os estudos baseados em inquéritos se alicerçam em definições de IG autorreferidas e, como tal, mais amplas e inclusivas. A análise efetuada por Coleman e colaboradores (2022), do conjunto de dados resultantes de estudos realizados, entre 2011

e 2016, a nível mundial, indica percentagens de pessoas adultas Trans ou com diversidade de IG na população em geral entre 0,3-0,5% (IG Trans) e 0,3-4,5% (diversidade de IG incluindo a Trans) e entre 1,2-2,7% (Trans) e 2,5-8,4% (diversidade de IG incluindo a Trans) de crianças e adolescentes. Os autores destacam o aumento contínuo, tanto na dimensão como na composição da população Trans ou com diversidade de IG. Uma revisão narrativa efetuada em 2019 que inclui estudos realizados a nível mundial publicados entre 1968 e 2018, aponta para que 0,1% e 2% da população se identifica com a IG Trans ou não binária (Goodman et al., 2019). Apesar das limitações dos dados, estes mostram que as pessoas com diversidade de IG, incluindo a Trans, representam uma percentagem considerável e crescente da população em geral, particularmente em crianças e adolescentes, a que profissionais e serviços de saúde não podem ficar indiferentes.

Outro aspeto importante é a tendência progressiva de despatologização das questões relacionadas com a IG, favorecida também pela 11ª revisão da Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11), que integra as questões relacionadas com a IG no capítulo de 'Condições Relacionadas com a Saúde Sexual' e as retira capítulo das 'Doenças Mentais' (Macedo, 2024; Portugal, 2019).

Atualmente, é neste contexto que ocorre a revelação da própria pessoa, habitualmente designado como *coming out* ou 'saída do armário', e que tem impacto na família. A família é o contexto do desenvolvimento individual, na medida em que pode condicionar a saúde, bem-estar, integração e a qualidade de vida das pessoas Trans (Saleiro et al., 2022). É também um todo sistémico afetado pelo processo de afirmação de género na medida em que pode ser um fator de *stress* com impacto nos outros elementos da família (Sansfaçon et al., 2020), no sistema familiar e nas relações interpessoais (Westwater et al., 2019). A família é ainda um componente da sociedade em interligação com outros como a escola e os serviços de saúde (Robinson et al., 2022).

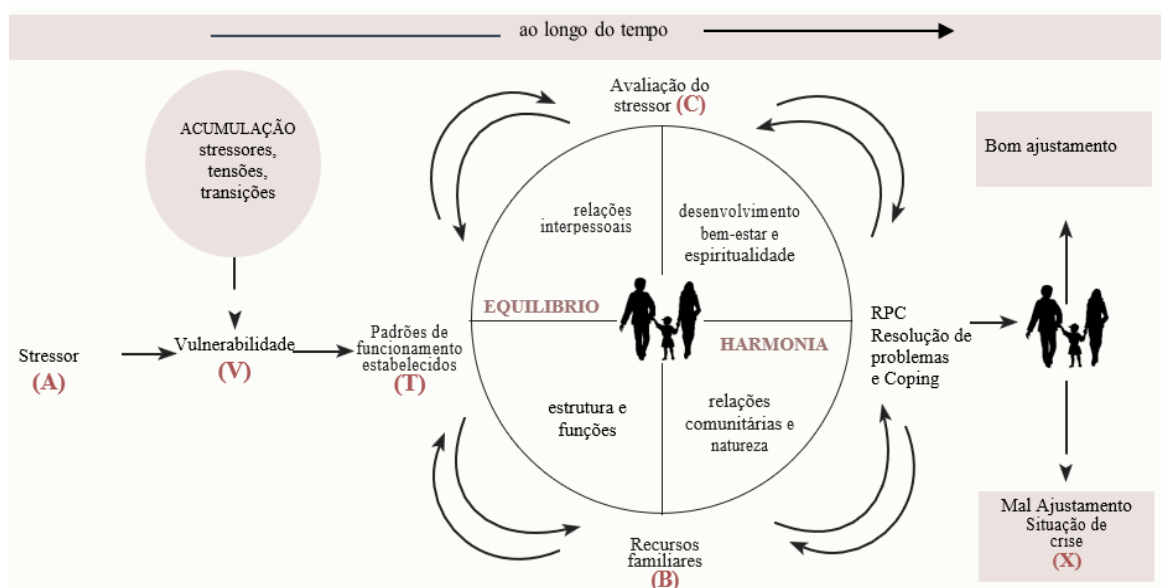
A TSBE oferece uma abordagem biológica, psicossocial, cultural e espiritual que reconhece o desenvolvimento das pessoas e famílias não isoladamente, mas em relação ao seu ambiente mais amplo, influenciado por fatores que ocorrem dentro e fora das famílias. Permite compreender como as pessoas e famílias se desenvolvem e mudam ao longo do tempo na sociedade, mas não como se adaptam a essas mudanças contextuais.

Considera-se que esta limitação pode ser, em grande medida, complementada pelos aportes do Modelo de Resiliência de *Stress* Familiar, Ajustamento e Adaptação.

1.2. AJUSTE E ADAPTAÇÃO FAMILIAR

O Modelo de Resiliência de *Stress* Familiar, Ajustamento e Adaptação (MRSFAA), desenvolvido por McCubbin e McCubbin, resulta da evolução do Modelo ABCX de Hill, e entende a família como um sistema que existe no contexto do seu ambiente social mais amplo - natureza, comunidade, sociedade, nação e mundo - (Brown-Baatjies et al., 2008), globalmente consonante com a perspetiva da TSBE. A resiliência familiar, neste modelo, envolve dois processos ou fases diferentes, mas relacionados: o primeiro processo, é de ajustamento e envolve os fatores protetores que facilitam a capacidade e os esforços da família para manter o funcionamento e cumprir tarefas de desenvolvimento perante fatores de risco (figura 2). O segundo processo centra-se na adaptação e integra os fatores de recuperação na promoção da capacidade da família se restabelecer e adaptar em situações de crise familiar (Brown-Baatjies et al., 2008; Price et al., 2020; Rosino, 2016).

Figura 2. - Fase de ajustamento do Modelo de Resiliência de *Stress* Familiar, Ajustamento e Adaptação



Nota: traduzido de Brown-Baatjies et al. (2008)

Tal como as pessoas Trans, também as famílias, passam por processos faseados de afirmação. São processos pautados por diversos desafios, relacionados com o acompanhamento do processo de afirmação dos elementos da família, como a compreensão progressiva e acolhimento da mudança (Silva, 2021). Numa perspetiva de

adaptação familiar ao *stress*, perante um fator desta natureza, como a afirmação de IG de um dos seus membros, a família inicia a fase de ajuste familiar com vista ao equilíbrio.

O resultado desta fase depende da avaliação (C) que a família faz do stressor (A), ou seja, do significado que lhe atribui e das dificuldades que antecipa. Pode, assim, ser percebido como incontrolável, desafiador e/ou promotor de crescimento. Depende, também da simultaneidade com outras exigências e dos padrões de funcionamento familiar habituais (comunicação, interação de papéis e relação dinâmica), da existência de recursos (individuais, familiares e da comunidade) e da aptidão para aceder aos mesmos. Os recursos da família (B) correspondem às suas capacidades e pontos fortes em termos de gestão do *stress* e de promoção e manutenção da harmonia e equilíbrio, utilizados no sentido de evitar crises e mudanças substanciais ou deterioração no funcionamento familiar. Outro condicionante da fase de ajuste é a capacidade de *coping* que inclui o desenvolvimento de uma comunicação construtiva para a resolução de problemas (Brown-Baatjies et al., 2008; Price et al., 2020; Rosino, 2016). A interação mútua entre estes elementos determina a resposta da família ao stressor e às dificuldades associadas. Se o ajuste não for conseguido (X), a família está perante uma crise e, para lhe fazer face, entra na fase de adaptação. Para além das pequenas alterações requeridas na fase anterior, exige-se, agora, mudanças que implicam o estabelecimento de novos padrões (Brown-Baatjies et al., 2008; Price et al., 2020).

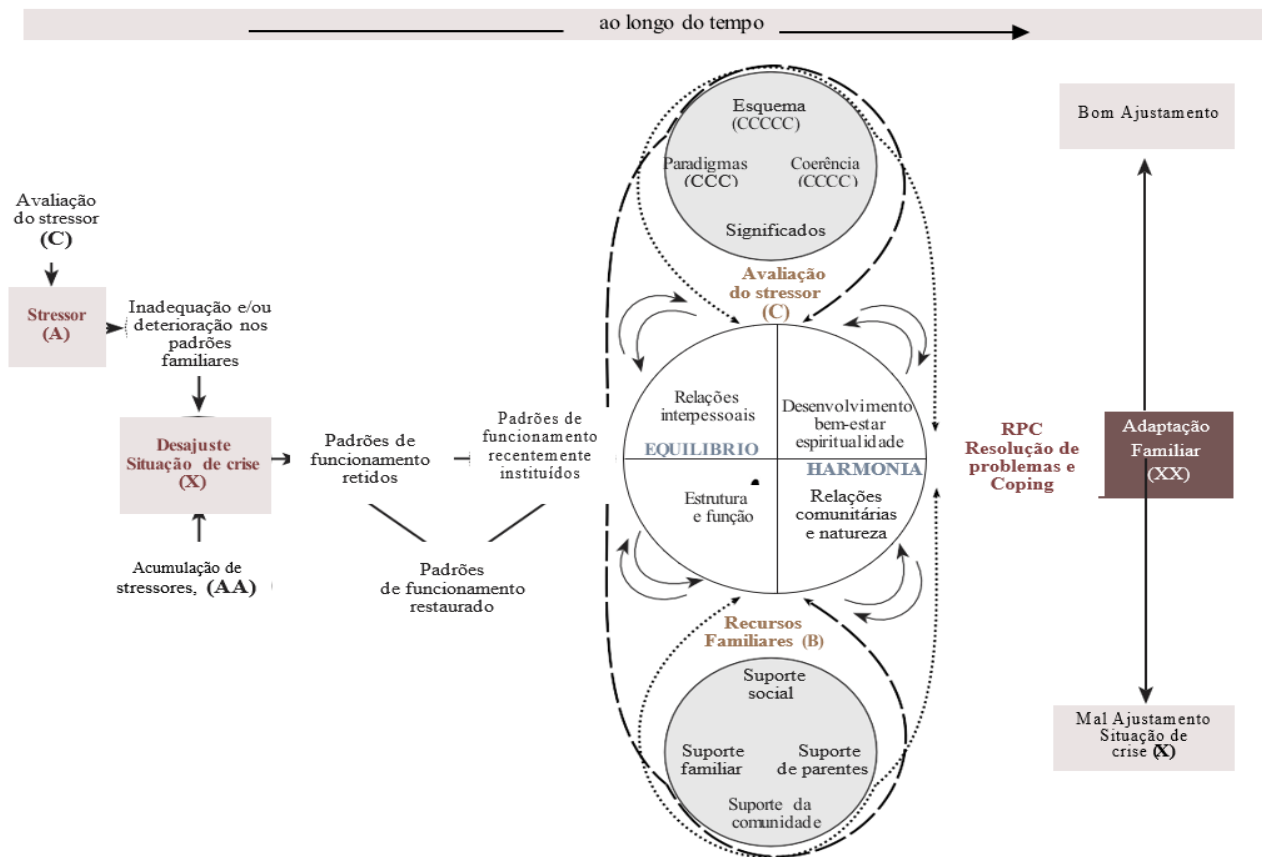
Perante um stressor a família pode responder com um estado de *stress*, *distress* ou *eustress*. O *stress* corresponde à tensão que a família está sujeita se não for reduzida, anulada ou tornada mais gerível. Se o desequilíbrio familiar consequente for sentido como desorganizativo ou ameaçador para o sistema familiar pode resultar num estado de sofrimento, de *distress* que se constitui como uma reação negativa ao *stress*. Contudo, a reação ao *stress* também pode ser positiva, de *eustress*, quando o sistema familiar acolhe a desarmonia e desequilíbrio criado pelo stressor como um desafio e oportunidade de crescimento (Brown-Baatjies et al., 2008).

Embora o *stress* na família possa produzir um estado de tensão que requerer gestão, nem sempre exige grandes mudanças na estrutura e no funcionamento da família. Nos casos em que apenas são necessárias pequenas ajustes no sistema familiar, o resultado é ‘bom ajustamento’. Quando a família se depara com um grande stressor, as pequenas alterações podem não ser suficientes para o reequilíbrio, resultando em ‘mal ajustamento’ e

consequente crise. A entrada da família em estado de crise marca o início da fase de adaptação, exigindo das famílias reestruturação dos seus padrões de funcionamento habituais (Brown-Baatjies et al., 2008; Price et al., 2020).

A fase de adaptação, sistematizada na figura 3, apresenta fatores pós-crise e processos de resiliência essenciais para o processo relacional de adaptação familiar (*ibidem*, 2008).

Figura 3. – Fase de adaptação do Modelo de Resiliência de *Stress* Familiar, Ajustamento e Adaptação



Nota: traduzido de Brown-Baatjies et al. (2008)

Para além dos elementos anteriores que se mantém, nesta fase estão presentes os padrões de funcionamento familiar recém-instituídos (estabelecidos, modificados ou reforçados) assim como os retidos ou restaurados (Brown-Baatjies et al., 2008; Price et al., 2020).

Acumulação simultânea de exigências pode estar agravada pelas tensões anteriores resultantes de dificuldades não resolvidas e aumentadas ao longo do tempo, pela ambiguidade intrafamiliar e social, pelas exigências situacionais e dificuldades contextuais e pelos padrões de funcionamento recém-instituídos. Embora sejam essenciais novos padrões para restaurar o equilíbrio do sistema familiar, podem,

inicialmente, criar mais desarmonia e prolongar a situação de crise. A maioria dos padrões de funcionamento presentes na fase de ajustamento são transportados para a fase de adaptação. Contudo, alguns podem ter de ser alterados ou eliminados, enquanto outros são mantidos e restaurados. Mudar ou eliminar padrões de funcionamento estabelecidos é, muitas vezes, difícil para a família, pelo potencial conflitante face aos novos padrões e à possibilidade de não serem aceites por todos os elementos da família, principalmente se ameaçarem ou desafiarem valores e crenças (Brown-Baatjies et al., 2008; Price et al., 2020).

Os recursos familiares são aqui explanados, pois é nesta fase que são mais mobilizados. São elencadas três fontes possíveis de recursos relativas às características ou competências: os membros individuais da família; o sistema familiar e a comunidade (*ibidem*, 2008; 2020).

Os membros individuais das famílias têm como recursos: i) a inteligência que aumenta a compreensão e o domínio das exigências, ii) os conhecimentos e competências que ajudam a família a realizar tarefas eficazmente; iii) os traços de personalidade como a resistência que facilitam o *coping*; iv) a saúde física, emocional e espiritual que potencia a disponibilidade pessoal para a satisfação de exigências; v) a sensação de domínio (mestria), autoestima, sentido de coerência e vi) a identidade étnica e cultural norteadoras do funcionamento familiar. Os recursos do sistema familiar incluem a coesão, a adaptabilidade, a organização, as habilidades de comunicação, a resistência, o tempo passado juntos bem como as rotinas familiares. A comunidade ou recursos e apoios comunitários ou sociais contemplam as pessoas e instituições externas às famílias que as podem ajudar a responder às exigências (*ibidem*, 2008; 2020; Rosino, 2016).

Os processos de avaliação da situação na fase de adaptação são mais complexos do que na fase de ajustamento e consistem em cinco níveis: i) esquemas familiares; ii) coerência familiar; iii) paradigmas familiares; iv) avaliação situacional; e v) avaliação de stressores. Os esquemas e paradigmas familiares são influenciados principalmente pela cultura e etnia. São estruturas generalizadas de convicções, valores, crenças, objetivos, prioridades e expectativas comuns que são moldadas e adotadas pela família ao longo do tempo, sendo centrais para o desenvolvimento de significados familiares. Tendem a ser altamente resistentes à mudança e podem ser vistos como uma estrutura informativa compartilhada para avaliar e processar as informações recebidas. Os significados são as interpretações

construídas em conjunto pela interação entre os membros da família ao longo da vida. A coerência familiar é a forma como a família encara o mundo e a vida, que influencia a capacidade de transformar os recursos potenciais em recursos reais para facilitar o *coping*. Os paradigmas familiares resultam das expectativas e regras partilhadas relativas ao funcionamento da família e integram fatores relacionados com o contexto cultural e étnico. Perante situações em que as famílias são forçadas a reavaliar e a mudar esses padrões para lidar com uma situação de crise, os paradigmas familiares existentes podem ser desafiados (Brown-Baatjies et al., 2008; Price et al., 2020). O *coping* familiar implica a resolução de problemas, podendo significar a obtenção de recursos adicionais ainda não disponíveis para a família, a gestão de tensões associadas às exigências contínuas e, ainda, a avaliação familiar destinada a apreciar e alterar os significados atribuído a uma situação de modo a torná-la mais controlável (*ibidem*, 2008; 2020).

Assim, o processo de adaptação familiar é um processo pelo qual a família responde a um fator de *stress* através da mobilização dos seus recursos, encetando mudanças para recuperar a estabilidade funcional e melhorar a satisfação familiar. O resultado do processo de adaptação pode ser positivo (boa adaptação) ou negativo (má adaptação) (*ibidem*, 2008; 2020; Rosino, 2016).

Considera-se que houve boa adaptação quando as famílias são capazes de restaurar o equilíbrio e promover o desenvolvimento individual dos seus membros (*ibidem*, 2008; 2020). Esta capacidade que permite às famílias, mais do que sobreviver, sair das situações adversas mais fortalecidas e com novas habilidades adquiridas pela experiência, define a resiliência familiar (Walsh, 2003, 2016). Numa adaptação malsucedida, há comprometimento do crescimento e do desenvolvimento pessoal e, por sua vez, a família pode ter a perceção de baixa sensação de bem-estar e confiança, não atingindo um nível de harmonia necessária à superação. Conforma-se, assim, a possibilidade de voltar a uma situação de crise decorrente da nova tentativa para o restabelecimento do equilíbrio (*ibidem*, 2008; 2020).

A avaliação dos elementos presentes nos processos de ajustamento e adaptação familiar, com base no MRSFAA, permite à ESF conjuntamente com as pessoas Trans e as suas famílias, identificar forças e vulnerabilidades familiares e planear intervenções conducentes ao ajuste ou adaptação positiva. A ampla e multiplicidade de fatores e sistemas envolvidos requer respostas multiprofissionais e multidisciplinares. Cabe

também, à ESF o contributo para a articulação, organização e dinamização de processos promotores do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção da equipa interdisciplinar de modo a potenciar intencionalmente a acessibilidade aos cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

1.3. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR NA INTERFACE COM A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

O corpo de conhecimento da ESF tem origem na confluência das teorias de enfermagem, terapia familiar e ciências sociais da família e na ampla influência do pensamento eco sistémico (Figueiredo, 2023; Robinson et al., 2022; Shajani & Snell, 2023) refletido nos metaparadigmas que fundamentam a prática de enfermagem nesta área específica (IFNA, 2017; OE, 2017).

Face à inexistência de uma definição universal de família, assume-se o conceito de que família é quem os elementos dizem que é (Robinson et al., 2022), ligados emocionalmente e por um sentimento de pertença que os impele à participação na vida um dos outros (IFNA, 2017). Neste sentido, os membros da família são autodefinidos e devem ser incluídos no processo de cuidados de saúde. As famílias, numa perspetiva sistémica, têm competências inerentes, pontos fortes e processos únicos de interação que influenciam crenças, objetivos e ações de saúde da família. Incluem os seus membros individuais, cada um com a sua própria experiência única biopsicossocial e espiritual e possuem uma herança cultural e uma história que é parte integrante da saúde e da vida familiar. Cada família é singular, na sua perspetiva familiar única, na cultura, no desenvolvimento, nas mudanças e nos significados que atribui às experiências de vida e de saúde (IFNA, 2017; Figueiredo, 2023; OE, 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015; Robinson et al., 2022).

A saúde familiar é definida como um estado de bem-estar dinâmico e mutável, que inclui os fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais dos membros individuais e simultaneamente do sistema familiar. A saúde de um elemento da família (no *continuum* bem-estar-doença) afeta o funcionamento de toda a família e a sua capacidade de funcionamento, por sua vez, afeta a saúde de cada elemento (IFNA, 2017; Figueiredo, 2023; OE, 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015; Robinson et al., 2022).

A família, em toda a sua complexidade multidimensional, interage de forma bidirecional com os contextos ambientais, influenciando-se mutuamente ao longo do tempo. À ESF

incumbe-lhe participar na construção conjunta de ambientes promotores da saúde familiar em todos níveis de cuidados (IFNA, 2017; Figueiredo, 2023; OE, 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015; Robinson et al., 2022).

A ESF diferencia-se das outras especialidades que envolvem famílias pela forma ampla como perspetiva a família. Para Robinson et al. (2022) a ESF dispõe de quatro abordagens à família como foco de cuidados enquanto unidade sistémica, a saber: i) como contexto, é centrada na pessoa e a família que é vista como o contexto, recurso ou stressor do desenvolvimento, saúde e doença da pessoa; ii) como cliente, consideram-se todos os elementos da família; iii) como sistema, cujas interações entre os membros da família são o alvo das atenções; ou como iv) componente da sociedade em interação com os outros sistemas ecológicos. Assim, a EESF valoriza simultaneamente a pessoa, a família e a comunidade e a relação multifacetada entre a saúde individual e a saúde familiar, com o propósito de promover, manter e restaurar a saúde familiar (OE, 2023).

Os cuidados de EESF desenvolvem-se na relação terapêutica e colaborativa entre a pessoa enfermeira e a família e de parceria efetiva com as famílias. Baseiam-se nas forças da pessoa, família e comunidade para responder às necessidades de saúde da família nos diversos níveis de prevenção, facilitando a gestão dos desafios que se lhe apresentam relacionados com a manutenção da saúde e com as transições vivenciadas ao longo do ciclo de vida, (Gottlieb, 2016; IFNA, 2017; Figueiredo, 2023; OE, 2023; 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015; Robinson et al., 2022; Shajani & Snell, 2023).

Opta-se pelo uso do MDAIF (Figueiredo, 2012) como instrumento orientador e sistematizador do desenvolvimento do processo de cuidados com as famílias. É um modelo sustentado no pensamento sistémico e nos Modelos de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Shajani & Snell, 2023; Wright & Leahey, 2018). À sua semelhança, está estruturado com uma matriz operativa centrada em três dimensões avaliativas (estrutural, de desenvolvimento e funcional) que se traduzem em áreas de atenção familiares relevantes na prática de cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012) passíveis de ser documentadas no sistema de informação usado em Portugal.

O conhecimento sobre a estrutura, funções, relações dinâmicas e processos familiares é essencial para compreender as complexas interações familiares que afetam a saúde, a doença e o bem-estar e permite a avaliação e intervenção eficazes com as famílias. Conhecimento que pode ser usado para educar, aconselhar e implementar mudanças que

permitam às famílias lidar com doenças, crises familiares, condições crônicas de saúde, doenças e transições de vida (IFNA, 2017; Figueiredo, 2023; OE, 2023; 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015; Robinson et al., 2022; Shajani & Snell, 2023).

O MDAIF enfatiza a abordagem colaborativa que privilegia as forças e potenciais da família como proposto por Gotllieb (2016), tendo em vista promover a capacitação da família na resolução dos seus problemas (Shajani & Snell, 2023; Wright, & Leahey, 2018).

O processo de cuidados concebido na concertação entre os diversos atores nele implicados, beneficia da perspectiva de conjunto e de complementaridade tanto na análise como nas propostas de soluções conformes com o âmbito de competências de cada um (Collière, 2003, 2012). As equipas multidisciplinares são compostas por profissionais de diferentes áreas, nomeadamente enfermagem, medicina e assistentes técnicos, que de forma coordenada, trabalham em conjunto para fornecer um leque diversificado de serviços que permitem cuidados continuados, abrangentes, coordenados e centrados nas pessoas (*World Health Organization [WHO] & the United Nations Children's Fund. [UNICEF], 2020*). A otimização da combinação de competências multidisciplinares e multiprofissionais é condição para o bom funcionamento da equipa e melhores resultados no processo de cuidados independentemente da área em que se inscrevem (*ibidem*, 2020).

A multidisciplinariedade em colaboração com a pessoa Trans e os seus familiares é, pois, essencial na (co)construção de ambientes que privilegiem estes cuidados de forma transversal, numa abordagem multidimensional e integrada ao longo do ciclo de vida e aos vários níveis de prevenção, potenciando a equidade no acesso e a redução de barreiras institucionais (Coleman et al., 2022; Moleiro et al., 2020). Estando os cuidados de saúde que respeitam explicitamente a IG da pessoa Trans associados a maior resiliência e melhores indicadores de saúde física e mental (*ibidem*, 2020; Tebbe & Budge, 2022).

Os CSP são a porta de entrada do SNS também para as pessoas Trans e para as suas famílias, ou seja, está em causa o acesso a cuidados de saúde e de enfermagem com pessoas, famílias e comunidades em situação de vulnerabilidade acrescida. Neste alinhamento, urge relembrar que os CSP estão fundados no compromisso com a justiça social, a equidade, a solidariedade e a participação, bem como, no reconhecimento de que alcançar o mais elevado nível de saúde possível é um direito de todo ser humano. Têm como desígnio garantir o acesso a cuidados integrais e de proximidade ao longo do ciclo

de vida e aos diversos níveis de prevenção, centrando-se na multiplicidade de aspetos interrelacionados da saúde e do bem-estar físico, mental e social (*World Health Organization*, 2023).

Ancorada nestes pressupostos, a recente reorganização dos CSP em Portugal, nos termos do preconizado pelo Decreto-Lei n.º 102/2023 (2023) está a ampliar a implementação de modelos organizacionais promotores da gestão integrada de cuidados, dos quais se destacam a criação de Unidades Locais de Saúde (ULS) e, entre outras, a reorganização das Unidades Funcionais, nomeadamente das USF. É expectável que esta reorganização seja facilitadora da acessibilidade das pessoas e famílias a diferentes níveis de cuidados (CSP, Cuidados Hospitalares) em função das necessidades.

À EQSF incumbe-lhe, assim, a assunção de um papel determinante na (co)construção do processo de cuidados com as pessoas Trans independentemente das mudanças afirmativas que decidam fazer (Portugal, 2019), bem como com as suas famílias ao longo do seu ciclo de vida. Às PENF especialistas em ESF, na interface com a equipa multidisciplinar, cabe-lhes o papel de agente ativo e intencional na dinamização de processos que visem a melhoria contínua, ganhos em saúde e a defesa dos direitos das pessoas e das famílias. Na linha do preconizado pela *International Family Nursing Association* (IFNA, 2017) e pela OE (Regulamento n.º 428/2018, 2018) assume-se como recurso facilitador e efetivo dos processos de transição e de adaptação mais positivos, também com as pessoas com identidade de género Trans e com as suas famílias,

2. (RE)CONFIGURAÇÃO DOS PROCESSOS FORMATIVOS

Fazer face aos desafios que as rápidas mudanças globais nos colocam a nível pessoal, profissional ou societal, exige que cada um de nós esteja munido de competências em diversas áreas (Sala et al., 2020), para além das inerentes ao exercício especializado de enfermagem.

O conceito de competência engloba a interligação entre conhecimentos, aptidões, atitudes, disposições e orientações para as ações, (*ibidem*, 2020). Assim, o sucesso profissional e a realização pessoal dependem não só do conhecimento, mas também de competências relacionadas com comportamentos e atitudes (Cinque et al., 2021). Permitem, nomeadamente a profissionais de enfermagem, compatibilizar exigências e desafios profissionais com qualidade de vida (Ornellas & Monteiro, 2022) e com as respostas a novas necessidades de saúde em resultado das variadas mudanças sociais (*ibidem*, 2020). A aprendizagem ao longo da vida, mais do que formação adquire, neste contexto, novas formas e novos sentidos.

A aprendizagem ao longo da vida é considerada simultaneamente uma necessidade e um dever na prática de enfermagem, entendida como uma ferramenta indispensável para um processo de formação e desenvolvimento permanente que integra e interliga conhecimento teórico e técnico com valores pessoais, envolvimento, respeito ao próximo, relações interpessoais, positividade e foco nas soluções (*ibidem*, 2022), mais do que nos problemas, numa lógica de proatividade e agência transformadora na linha de Paulo Freire (1979, 1996).

Competências como pensamento crítico, criatividade, comunicação para a transformação de sociedades mais sustentáveis (sustentabilidade entendida no seu sentido mais abrangente) assumem centralidade nas agendas políticas educativas internacionais (*Organisation for Economic Co-operation and Development*, 2023) e nacionais (Almeida et al., 2022), apelando à implementação de práticas pedagógicas inovadoras. A aprendizagem em serviço (ApS) é uma dessas práticas,

As experiências de ApS permitem o contacto direto com as necessidades reais e contextualizadas, instigam a procura de soluções e estimulam a reflexão e consciência crítica (Albanesi et al., 2023; Juhasz et al., 2021). Oferecem a oportunidade de vivenciar pessoalmente o que se aprende na teoria, de `ser` parte ativa na transferibilidade do

conhecimento, de atribuir significado ao conteúdo teórico e desenvolver a percepção da sua utilidade prática, estimulando a responsabilidade pelos próprios processos de aprendizagem. Neste contexto, o conhecimento que resulta da sistematização das experiências é hoje central (Castro et al., 2024), desafiando os regimes de verdade Foucaultianos que marcaram também os processos educativos ao longo de séculos (Holliday, 2006).

A reflexão sobre a (re)configuração dos processos formativos, a forma como trabalhamos, como aprendemos e participamos na sociedade, torna-se, com base nos pressupostos descritos de forma breve, mas profundamente revisitados, central neste RENP.

2.1. APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA

Responder aos desafios cada vez mais complexos e interligados inerentes ao exercício especializado de enfermagem e à imprevisibilidade das oportunidades e ameaças que deles derivam, exige a capacidade de sermos 'aprendizes' ao longo de toda a vida e de nos coresponsabilizarmos pela organização da aprendizagem e pelo nosso próprio desenvolvimento. Nesta lógica, assume-se neste relatório que o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas do enfermeiro especialista em ECESF (Regulamento n.º 428/2018, 2018) é determinado e determinante do desenvolvimento de outras competências ditas transversais nos termos propostos pela *European Commission* (2020).

A agenda de competências europeias para a competitividade sustentável, a justiça social e a resiliência vêm fomentar as competências empreendedoras e transversais ao longo da vida e a iniciativa de aprendizagem individual (*ibidem*, 2020). Estas competências assumem termos diferentes na literatura tais como competências genéricas, competências-chave, competências transversais, habilidades do século 21 e competências para a vida (Cinque et al., 2021). Aqui usar-se-á o termo competências transversais como proposto pela *European Commission* (2020), onde se incluem as competências para a vida conforme o quadro concetual *Lifecomp* (Sala et al., 2020).

Já em 2018, o Conselho da União Europeia, numa abordagem que coloca as pessoas como agentes ativos na determinação dos seus percursos profissionais e de aprendizagem, definiu um conjunto de competências essenciais para a aprendizagem ao longo da vida. Destacam-se as competências para a vida que conjugam três domínios de competência

interligadas 'pessoal, social e de aprender a aprender', como base de desenvolvimento de todas as outras, nomeadamente de cidadania ativa, sustentabilidade e de consciência e expressão cultural (*Council of the European Union*, 2018) essenciais à prática de enfermagem. Realça-se também o empreendedorismo pelo seu contributo para o desenvolvimento sustentável com a criação de valor em todas as áreas da vida, em que o pensamento e ação empreendedores das pessoas, equipas e organizações é essencial (Mccallum et al., 2018). Apesar de, frequentemente, ser reduzido à área empresarial, a criação de valor é aplicável e, cada vez mais, essencial a todas as áreas, designadamente da saúde.

As competências 'pessoal, social e aprender a aprender' partem de experiências de aprendizagem e de vida anteriores e da curiosidade de procurar oportunidades para aprender e desenvolver-se numa variedade de contextos de vida. Definem-se pela capacidade, nomeadamente, de autorreflexão, de empatia, de trabalhar com os outros de forma construtiva, inclusiva e solidária gerindo os conflitos, a que se acrescenta a capacidade de lidar com a incerteza e a complexidade, de desenvolver resiliência e de gerir a própria aprendizagem, promovendo e mantendo a saúde física e mental (*Council of the European Union*, 2018). Em resumo, embasa numa atitude positiva de resolução de problemas, na capacidade de lidar com as adversidades e de mudar, assim como, numa cultura de colaboração e assertividade traduzidas no respeito pela diversidade dos outros e pelas suas necessidades, resultando na aptidão para superar preconceitos e comprometer-se com a 'causa humana'.

Em 2020, a União Europeia publicou o *Lifecomp*, versando o quadro concetual referente aos três domínios de competências 'pessoal, social e de aprender a aprender'. Competências transversais a todas as esferas onde as pessoas se movem e desenvolvidas pela aprendizagem ao longo da vida, nas mais variadas formas, através da educação formal e informal (Sala et al., 2020). A área 'pessoal' inclui competências de autorregulação, flexibilidade e bem-estar. A área 'social' abrange a empatia, comunicação e colaboração. O 'aprender a aprender' contempla a 'mentalidade' de crescimento, pensamento crítico e a gestão da aprendizagem (*ibidem*, 2020).

Dentro do domínio 'pessoal', a autorregulação pressupõe a consciência e gestão de emoções, pensamentos, comportamentos e respostas ao *stress*, mobilizadas pelo otimismo, esperança, resiliência e autoeficácia no sentido de apoiar a aprendizagem e a

ação. A flexibilidade relaciona-se com a capacidade de gerir transições e incertezas e de enfrentar desafios pessoais nos percursos de trabalho e de aprendizagem. Prepara-nos para estar disponíveis para rever opiniões, adotar novas ideias, abordagens, instrumentos e linhas de ação face a novas evidências. O bem-estar desenvolve-se a partir da consciência da influência que o comportamento individual e os fatores sociais e ambientais têm na saúde e no bem-estar, no sentido da procura da satisfação com a vida e da adoção de um estilo de vida sustentável para si e para outros. Envolve ainda a procura e oferta de apoio social (Sala et al., 2020).

Ser socialmente competente, requer habilidades que permitam comunicar construtivamente em diversos ambientes, criar confiança, expressar, entender e respeitar diferentes pontos de vista. O desenvolvimento de atitudes de colaboração e empatia, como o respeito pela diversidade humana, a superação de preconceitos e comprometimento com a sociedade são-lhe inerentes. As competências sociais, ao potenciarem a coesão social, são fundamentais para fazer face a um futuro cada vez mais tecnológico (Sala et al., 2020). Exercitar a empatia permite compreender as emoções, experiências e valores de outra pessoa e assumir proactivamente a sua perspetiva. A utilização de estratégias de comunicação e ferramentas relevantes para cada contexto e conteúdo permite-nos interações e conversas, escuta dos outros, diálogo confiante, assertividade, clareza e reciprocidade, no sentido de garantir respostas adequadas. A competência de colaboração é desenvolvida pelo envolvimento em atividades de grupo e trabalho em equipa, com o sentimento de contributo para o bem comum e o reconhecimento e respeito pela diversidade dos outros. Implica respeito pela dignidade humana e pela igualdade, gerir conflitos, partilhar equitativamente tarefas, recursos e responsabilidades. Passa, também, por propiciar a expressão de diferentes pontos de vista, negociar divergências de modo a construir e manter relações justas e respeitadas (*ibidem*, 2020).

‘Aprender a Aprender’ conjuga a ‘mentalidade’ ou ‘cultura’ de crescimento, com o pensamento crítico e a gestão da aprendizagem, num envolvimento intencional no âmbito da autoavaliação e organização, da reflexão crítica e da tomada de decisões. A confiança na capacidade de sucesso, a curiosidade, a vontade de aplicar a aprendizagem prévia e cultivá-la ao longo da vida que são requeridas, tem o poder de potenciar a mudança nas pessoas e nas comunidades direcionada para o bem comum da sociedade (Sala et al., 2020). Para aprender, melhorar e progredir continuamente é relevante a perceção de apoio

de outras pessoas significativas, acreditar no potencial individual e coletivo e na capacidade de aprender com colegas e em grupos.

A aprendizagem é um processo ao longo da vida, que requer abertura, curiosidade e determinação, reflexão sobre as experiências vividas bem como a apreciação dos outros. Para desenvolver o pensamento crítico é necessário ter a capacidade de recolher informações de diversas fontes, identificar a validade das mesmas e reconhecer potenciais enviesamentos e limitações pessoais. O pensamento crítico permite analisar, avaliar, comparar e sintetizar dados ou informações para fundamentar conclusões com vista ao desenvolvimento de soluções inovadoras e à resolução de problemas. A gestão da aprendizagem pressupõe consciência dos próprios interesses, necessidades e do apoio necessário, para posteriormente planear e implementar objetivos, estratégias, recursos e processos de aprendizagem. Exige também reflexão e avaliação dos propósitos, processos e resultados da aprendizagem (Sala et al., 2020).

O empreendedorismo é a capacidade de mobilizar recursos para transformar ideias em oportunidades de ação, tendo como resultado a criação de valor para os outros - financeiro, cultural, social ou outros - (*European Commission*, 2018). É definido como uma competência transversal a todas os contextos da vida, desde o desenvolvimento pessoal à participação ativa na sociedade ou ao contexto laboral (Bacigalupo et al., 2016). O *EntreComp*, quadro de competências de empreendedorismo desenvolvido pela Comissão Europeia estrutura-se em três áreas de competência “ideias e oportunidades”, “recursos” e “ação” (Mccallum et al., 2018). A cada área correspondem outras competências para o desenvolvimento de uma ‘mentalidade’ empreendedora, algumas das quais aqui realçadas, a saber: i) ideias e oportunidade - identificação de oportunidades, criatividade, visão, valorização das ideias e pensamento ético e sustentável; ii) recursos - autoconsciência e autoeficácia, motivação e perseverança, mobilização de recursos e dos outros; e iii) ação - iniciativa, planeamento e gestão, gestão da incerteza, a ambiguidade e o risco, trabalho com os outros e aprender com a experiência (*ibidem*, 2016; 2018; 2018).

A área de ‘ideias e oportunidades’ é orientada para a exploração do ambiente (social, cultural, económico), para a identificação de necessidades, desafios e oportunidades de ação e para o estabelecimento de parcerias que contribuam para a criação de valor. Através da criatividade, da procura de várias ideias, da utilização de abordagens inovadoras,

combina-se conhecimento e recursos para alcançar as melhores soluções. É essencial uma visão de futuro, que apele à imaginação e construção de cenários futuros que ajudem a orientar esforços e transformar ideias em ação. É importante valorizar as ideias e reconhecer o seu potencial para a criação de valor e identificar formas conducentes à sua otimização. Ao mesmo tempo que se desenvolve o pensamento ético e sustentável, criam-se condições que garantem simultaneamente a possibilidade de avaliar as consequências e o impacto de ideias, oportunidades e ações nomeadamente na comunidade, na sociedade e no meio ambiente para agir com responsabilidade (Bacigalupo et al., 2016; McCallum et al., 2018).

A área dos `recursos` pressupõe autoconhecimento e autoeficácia, reveste-se de cariz individual e desenvolve-se através da autoconfiança e da reflexão à acerca das necessidades, das aspirações a curto, médio e longo prazo e da identificação de pontos fortes e fracos individuais e de grupo. A motivação e perseverança são essenciais para manter o foco e continuar a tentar alcançar os objetivos aprendendo a ser resiliente face a contextos de pressão e de adversidade. A capacidade de mobilização de recursos necessários é indispensável para transformar ideias em ações e, para com os outros, conseguir alcançar resultados. Envolve capacidade de comunicação, persuasão, negociação e liderança eficazes (*ibidem* 2016; 2018).

Para a `ação` requer-se iniciativa para encetar processos que criem valor e capacidade para enfrentar os desafios e manter as intenções de realização dos nossos propósitos. O planeamento e gestão são fundamentais, na medida em que implicam priorizar, organizar e monitorizar as metas estabelecidas a longo, médio e curto prazo. Não menos importante é a capacidade de tomar decisões quando o resultado dessa decisão é incerto, a informação disponível é parcial ou ambígua, ou quando existe o risco de resultados não intencionais. O trabalho colaborativo é essencial para o desenvolvimento de ideias e para a sua transformação em ações. A aprendizagem através da experiência, o aprender fazendo, com outras pessoas, colegas, mentores, em todas as oportunidades e a reflexão sobre o saber experiencial, ganham centralidade nestas lógicas (*ibidem*, 2016; 2018).

Abrem-se, assim, campos para práticas pedagógicas inovadoras, onde se inscreve, por exemplo, a aprendizagem em serviço.

2.2. APRENDIZAGEM EM SERVIÇO

A ApS no ensino superior é uma metodologia que combina a aprendizagem experiencial, no âmbito do currículo académico, com a participação ativa em organizações da comunidade (serviço). Promove o envolvimento social, ao propiciar aos estudantes a possibilidade de articulação experiencial com parceiros comunitários, ampliando a compreensão, significado e relevância, designadamente, da aprendizagem e da investigação. Possibilita não só o desenvolvimento de competências específicas, mas também de competências transversais (Albanesi et al., 2023; Ribeiro et al., 2021), tais como o trabalho em equipa, liderança, comunicação e resolução de problemas, e o reconhecimento da importância da aprendizagem ao longo da vida. É um processo de aprendizagem orientado para a resolução de problemas, com o objetivo de aplicar o conhecimento produzido em sala de aula em situações reais (Rocha, s.d.).

As necessidades reais e os contextos significativos para estudantes, docentes e parceiros, conformam o ponto de partida para que, em conjunto, se envolvem na descoberta de soluções. A reflexão crítica sobre as experiências relacionadas com questões humanas, sociais, ambientais, de justiça social e de desenvolvimento sustentável, resulta em aprendizagem pessoal, social e académica. Simultaneamente promove a cidadania participativa e fortalece as comunidades (Albanesi et al., 2023; *European Observatory of Service Learning in Higher Education* [EOSLHE], s.d.). A reflexão crítica é estimulada, através de atividades sistemáticas e contínuas, por professores que servem de facilitadores da análise das experiências em articulação com o conhecimento teórico. A reflexão e análise crítica permite uma compreensão mais fundamentada das questões sociais e da aprendizagem que decorre da experiência (Albanesi et al., 2023; Juhasz et al., 2021).

As experiências de ApS desempenham uma função essencial na aquisição de competências ou na mudança de atitudes. O contacto com realidades diferentes amplia perspetivas e torna os participantes mais conscientes das necessidades da comunidade e das desigualdades e injustiças que a permeiam bem como das possibilidades e capacidades que tem de serem eles próprios agentes de mudança e contributo positivo para o bem comum (*ibidem*, 2023).

A ApS apoia-se na aprendizagem experiencial (*ibidem*, 2023; 2021), e no 'aprender fazendo' nos termos e pressupostos de Paulo Freire (1996). A dinâmica entre prática e a teoria, o pensamento e a ação, como refere Freire (1996), não se pode separar para que as

peças se possam construir, enquanto agentes ativos da produção do seu próprio conhecimento. Aprender vai muito além de repetir “(...) *é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito.*” (Freire, 1996, p. 36). O autor reconhece a pluralidade de saberes e todos os tipos de conhecimento, em que a vida é um espaço de aprendizagem permanente, associada à reflexão e análise sobre os desafios individuais e coletivos que esta coloca na busca constante de soluções para os problemas e necessidades. Advoga a abordagem colaborativa, realçando o trabalho com as pessoas e não para as pessoas, em que se lhes reconhece recursos, capacidades, experiência, saberes, interesses, projetos e problemas (Freire, 1996). Esta é uma abordagem construtivista, consonante com referenciais teóricos que norteiam o desenvolvimento do processo de cuidados de enfermagem com as pessoas e famílias, numa lógica colaborativa (IFNA, 2017; Figueiredo, 2023; Shajani & Snell, 2023) orientada para a compreensão cultural e autodeterminação (Leininger & McFarland, 2002).

Holliday (2006) é outro dos autores que se debruçou sobre a produção do conhecimento experiencial através do método que designou de ‘sistematização de experiências’ e que, nas palavras do autor, se define como a “*interpretação crítica dos processos vividos*” (*ibidem*, 2006, p.7). A ‘sistematização de experiências’ produz conhecimentos em níveis gradativos, a partir da prática, que vão aumentando através da compreensão da própria experiência. Pela reflexão e interpretação crítica, o processo da prática é classificado, reordenado e objetivado, permitindo a identificação do que já se sabe e do que ainda não se sabe para, assim, melhorar a nossa prática (*ibidem*, 2006).

A título de exemplo, práticas de investigação e inovação como a cocriação, reflexividade e transformação estão a ser cada vez mais utilizadas, nomeadamente em ApS (Juhász et al., 2021). As estratégias pedagógicas relevantes e criativas concorrem para o sucesso da cocriação aplicada à aprendizagem. Esta aprendizagem caracteriza-se pelo processo e resultados colaborativos, interação transformadora do professor e agência do aluno e é potenciadora da capacitação de estudantes e da apropriação da aprendizagem pelo envolvimento no próprio processo (Kaminskiene et al., 2020). Neste sentido, o conhecimento experiencial e as novas abordagens de aprendizagem não podem ser ignorados, o que traz desafios às configurações tradicionais dos processos formativos (Castro et al., 2024).

**PARTE II - JORNADA DE DESCOBERTA DOS SENTIDOS PARA A PRÁTICA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

1. PARTINDO DO TRÍPTICO DOS SENTIDOS

O interesse e a pertinência do desenvolvimento do ENP no âmbito dos cuidados de saúde familiar com pessoas Trans e com as suas famílias nascem de uma experiência prévia iniciada em março de 2023. Uma experiência firmada no 'aprender fazendo' como entendido por Paulo Freire (1996) e na sistematização experiencial de Holliday (2006), proporcionada pela participação no Projeto *Link Me Up 1000 Ideias*, na esfera da 'Inclusão e Identidades de Género'. Como vencedor no IPVC representou a instituição a nível nacional e foi apresentado na *Technological University of the Shannon, Midlands Midwest (Limerick)*, na Irlanda.

Os resultados da análise diagnóstica realizada no projeto 'Inclusão e Identidades de Género' apontaram necessidades e conformaram oportunidades de intervenção refletidas na conceção do projeto Petúnia, em setembro de 2023. Decorrem desta experiência, o comprometimento com o respeito pelos direitos humanos e a convicção de que urge encetar caminhos de transformação social orientados para o reconhecimento e respeito pela diversidade, nomeadamente de IG. Constituem-se como primeiros impulsionadores do desenvolvimento desta área temática em contexto de ENP.

O 'Inclusão e Identidades de Género' surge como uma oportunidade de responder à inquietação expressa por estudantes da ESS-IPVC, confrontando o desafio e a oportunidade que esta área representa para a comunidade académica. Este foi o 'aliciante' necessário para o comprometimento pessoal com este projeto e com esta equipa. Uma equipa de projeto constituída por estudantes de diferentes anos da licenciatura da Escola Superior de Saúde e de Educação do IPVC e por uma professora da ESS, facilitadora de um percurso de aprendizagem guiado por lógicas Demola, de cocriação, de análise participada e de procura de soluções. Salienta-se a sua heterogeneidade tanto em idade como em experiências de vida, percursos formativos e profissionais que lhe conferiram riqueza de opiniões, visões e saberes. Os resultados dos desafios semanais deram forma ao projeto 'Inclusão e Identidades de Género'. A realização de atividades, relatórios e reflexões, permitiu a sistematização da experiência e a análise diagnóstica da situação contribuindo para o desenvolvimento de competências transversais no âmbito 'pessoal, social e de aprender a aprender' e de empreendedorismo como definidas pelo *Council of the European Union* (2018). Destacam-se o desenvolvimento de empatia, respeito pela diversidade, consciência crítica, o trabalho de equipa participativo e colaborativo, a

comunicação, gestão das adversidades, criatividade e atitude positiva de resolução de problemas.

Consensualizaram-se os conceitos de IG, orientação sexual, sexo biológico e características sexuais, considerada pela equipa como atividade prioritária e essencial para futuros desenvolvimentos. Seleccionaram-se *stakeholders* do contexto académico e de associações civis posteriormente entrevistados com base no mapa de empatia, de forma a conhecer o que ‘sentiam, pensavam, diziam e faziam’ no âmbito da temática. Salienta-se a atitude colaborativa e de complementaridade existente entre as associações que participaram nesta fase - Anémona, Amplos e rede ex aequo – assim como a continuidade da sua participação no projeto Petúnia e no ENP.

Pesquisaram-se sinais de mudança e através da metodologia PESTLE (Makos, 2024) identificaram-se fatores de maior e menor impacto a nível político, económico, social, tecnológico, legal e ambiental. Imaginou-se o mundo dentro de vinte anos, procuraram-se soluções futuras para tornar esse mundo realidade e identificaram-se *insights*. Culminou-se com a apresentação do ‘Inclusão e Identidades de Género’ no IPVC, através da dramatização ‘Trechos da história de vida de EU’, na clara intencionalidade de dar rosto às questões relacionadas com a IG e promover a empatia.

Do diagnóstico de situação, realizado com recurso à análise sistematizada pela abordagem PESTLE (Política, Económica, Social, Tecnológica, Legal e Ambiental), a análise documental e de mapas de empatia procedentes dos *stakeholders* e aos *insights*, emergiram necessidades e oportunidade de mudança. Dos resultados destacam-se: i) a exposição das pessoas Trans ao preconceito e à discriminação social geradoras de *stress* (APA, 2021; Meyer, 2015); ii) a maior violência que estão sujeitos comparativamente com a população em geral e com as pessoas LGB (lésbicas, gays e bissexuais) (Moleiro et al., 2020; Saleiro et al., 2022); iii) o preconceito nos serviços de saúde, principalmente pelo uso de linguagem não inclusiva; iv) a iniquidade no acesso a cuidados de saúde relacionada com a insuficiente formação dos profissionais (Rodrigues et al., 2020); v) o risco aumentado de vulnerabilidade social e o comprometimento da saúde global e mental (Coleman et al., 2022; Meyer, 2015; Moleiro et al., 2020); vi) taxas mais elevadas de absentismo escolar e piores resultados (Day et al., 2018) e vii) a revelação da IG Trans como um fator de *stress* para o sistema familiar e para as relações interpessoais (Sansfaçon et al., 2020; Westwater et al., 2019).

Realçam-se alguns *insights* pessoais impulsionadores da continuidade de desenvolvimentos nesta área:

- A tomada de consciência da superficialidade dos conhecimentos pessoais nesta área, mas sobretudo do preconceito irrefletido que dela derivam e o impacto que os mesmos podem ter no bem-estar das pessoas com diversidade de IG, particularmente no âmbito da prática clínica;

- O confronto com a impreparação pessoal para os cuidados com pessoas Trans e com as suas famílias, pelas falas de *stakeholder* ao realçar que nesta área “*ter sensibilidade é excelente ..., mas para profissionais de saúde não é suficiente*”. Dito de outro modo, o respeito pela diversidade humana, designadamente de IG, enquanto competência social é basilar, mas insuficiente para o desenvolvimento de um processo de cuidados de saúde que vá de encontro às necessidades e expectativas das pessoas Trans e das suas famílias. Enquanto profissionais, em contexto de saúde familiar, que conhecimentos e competências temos e que conhecimentos e competências devemos ter? Esta questão começou a equacionar-se e ter sentido para mim;

- A tomada de consciência das realidades estigmatizantes das pessoas Trans marcadas por desigualdades injustas e evitáveis potenciadoras de iniquidades, notadamente visíveis na saúde;

- O reconhecimento do impacto da perspetiva binária do género e cisnormativa na perceção de desvalorização das pessoas que não se reconhecem neste binarismo ou nas expectativas sociais quanto ao género. O uso de pronomes incorretos, a linguagem binária também nos documentos institucionais e as instalações sanitárias com distinção de género evidenciam alguns destes aspetos;

- A perceção da IG como uma problemática com condicionantes interrelacionados e de influência mútua, aos diversos níveis dos sistemas ecológicos;

- A compreensão de que os processos de mudança são processos em espiral, construídos pela otimização de sinergias, parcerias e trabalho em rede, onde as abordagens participativas e de (co)criação são condições essenciais. A apropriação da lógica de cocriação foi um processo longo e desafiante. Compreender o sentido da cocriação como um *continuum* evolutivo, colaborativo, participativo, de interação transformadora e agência nos termos de outras pessoas (Kaminskiene et al., 2020), exigiu abertura e

disponibilidade mental para possibilitar o fluir das descobertas, sair da zona de conforto, gerir inseguranças e desconstruir a lógica de pensamento mais centrada em processos fechados e determinados. Esta compreensão foi útil no desenvolvimento do ENP, particularmente na recolha de dados do estudo de investigação, no processo de cuidados com pessoas e famílias e na interação com a equipa; e por último,

- O reconhecimento das possibilidades e das oportunidades de, em conjunto, conseguirmos agir no sentido da mudança e transformação.

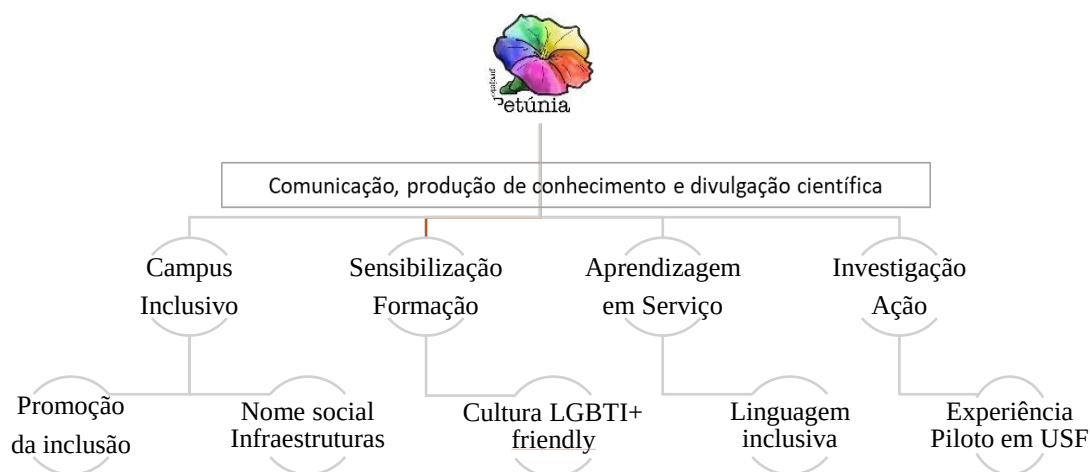
É do desenvolvimento crítico da tomada de consciência, ou melhor, da conscientização nas palavras e entendimento de Paulo Freire (1979) e da forte convicção sentida e partilhada no seio da equipa, no âmbito da urgência em encetar mudanças nesta área, que nasce o projeto Petúnia.

O projeto Petúnia – ESS-IPVC, integrado no INPEC⁺ e na Escola Inclusiva-IPVC, privilegia a maximização do trabalho em rede e otimização de sinergias orientado para a transformação pessoal no sentido da transformação social colaborativa e comprometida com uma sociedade mais justa e humana. Pretende contribuir para a (co)construção de um *campus* que assegure a expressão da pluralidade de IG; assegurar percursos formativos efetivamente orientados para a inclusão e transformação social e potenciar práticas educativas de futuros profissionais efetivamente inclusivas e respeitadoras da diversidade.

Assim, os *insights* e a maximização da compreensividade da situação permitiram sistematizar o processo de intervenção no âmbito do Petúnia através de um eixo transversal – Comunicação e divulgação - e quatro eixos de ação – ‘*Campus* inclusivo’, ‘Sensibilização e capacitação da comunidade académica’, ‘Aprendizagem em Serviço’ e uma ‘Experiência piloto de investigação-ação’ (figura 4). O *campus* inclusivo envolve a integração/acolhimento para a promoção de respostas adaptativas à transição do ensino superior, garantia do cumprimento do direito ao uso do nome social nos processos administrativos e reestruturação de instalações sanitárias. O eixo da sensibilização e capacitação da comunidade académica está orientado para a inclusão de conteúdos específicos desta área na formação graduada e pós-graduada de profissionais de saúde. A ApS envolve a construção de um manual digital de linguagem inclusiva com pessoas LGBTIQ+ de apoio aos serviços de saúde. Na medida em que se constitui na primeira experiência da ESS, permite responder ainda a um objetivo institucional do IPVC,

(implementação de, pelo menos, uma experiência em cada Escola). A experiência piloto de investigação-ação foi realizada numa USF do ACeS do Alto Minho. Os desenvolvimentos inerentes aos dois últimos eixos foram encetados no âmbito deste ENP.

Figura 4. – Eixos de ação do projeto Petúnia



Fonte: Plano de ação do projeto Petúnia

A partir das vozes de estudantes, numa lógica de cocriação, construiu-se um projeto de transformação social no âmbito da IG, que associa simultaneamente a academia, comunidade e prática clínica de ESF. O ENP configurou-se, assim, na possibilidade de aprofundar e transferir para a prática o conhecimento teórico, o conhecimento experiencial, o desenvolvimento de competências transversais e de metodologias participativas e de (co)criação que decorreram desta experiência.

Conforme os documentos oficiais referentes ao ano de 2023 (plano de ação, carta de compromisso e regulamento interno), a USF contexto de estágio, tem por visão ser uma unidade de excelência, com capacidade de otimizar os recursos disponíveis e garantir padrões de qualidade técnico-profissional e diferenciação, no sentido de proporcionar mais e melhor saúde, confiança e satisfação. Tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados a 8519 pessoas inscritas, na área de abrangência de 13 freguesias de um concelho do Alto Minho. É constituída por uma equipa multiprofissional composta por 5 elementos do grupo de PENF das quais 3 com especialidade em enfermagem comunitária, 5 elementos de MGF e 4 de AT. À data do estágio integravam a equipa 4 elementos do internato de MGF. A equipa da USF subdivide-se em 5 micro equipas de saúde familiar formada por 3 elementos, um de cada grupo profissional. A equipa que

integrei no decurso do ENP é responsável pela gestão e prestação de cuidados de saúde a 1716 pessoas num total de 724 agregados familiares, em todos os níveis de prevenção e ao longo do ciclo de vida.

Os cuidados de saúde familiar com pessoas Trans e com as suas famílias não constituíam uma área de necessidade de formação ou de melhoria identificada pela equipa. Na senda de Collière (2003) ecoava na minha cabeça 'o tríptico de sentidos'. Apenas tinha a certeza de que nada nem ninguém muda se não encontrar sentido para a transformação. Antes de tudo impunha-se a 'busca' de sentidos para ação com a equipa multidisciplinar, mas também com as pessoas e famílias. Não era eticamente adequado nem legítimo para mim criar expectativas vãs. Assim, numa atitude absolutamente aberta, mas intencional, partilharam-se descobertas decorrentes da experiência pessoal no *Link me Up 1000 ideias* e no Petúnia bem como inquietações pessoais resultantes da reflexão sobre a própria prática. Agora, já consciente que eram descobertas consubstanciadas em conhecimentos, atitudes e competências cognitivas, sociais e afetivas e emocionais, com génese em processos de formação (re)configurados e interpelados à luz de Freire (1996), de Pacheco e Maia, (2019) ou mesmo de Hannah Arendt em suas obras 'A Condição Humana' (2007) e *The Crisis in Education* (1961).

Iniciava-se o processo de criação de sentidos com alguns elementos da equipa multidisciplinar. A equipa reconhecia a necessidade de formação e a pertinência do desenvolvimento do ENP no âmbito desta área temática. Assim, se foi (co)construindo o ENP, intencionalmente assente na articulação do projeto da equipa com os projetos pessoais, no diálogo entre teoria e prática e nos pressupostos das abordagens de investigação-ação (Vilelas, 2022) e de (co)criação (Juhász et al., 2021; Sarasvuo et al., 2022). Abordagens que embasam na participação, colaboração e a coresponsabilidade das pessoas envolvidas em todas as etapas de um processo, iniciado pela análise participada e refletida da situação em direção ao aperfeiçoamento pessoal e da melhoria da prática.

Reconhecem-se as pessoas e as famílias como parceiras de cuidados, primeira fonte de conhecimentos, valorizam-se os sentimentos e as experiências dos profissionais assim como o conhecimento teórico, enquanto integrantes essenciais para construção conjunta do processo de cuidados. Parte-se, assim, deste tríptico dos sentidos rumo à prática baseada na evidência, num diálogo entre o conhecimento global e a produção científica em contexto de proximidade da produção (e não reprodução) do processo de cuidados.

2. RUMO À PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA: ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Apesar do incremento da literatura sobre as pessoas Trans na última década (Coleman et al., 2022) continua a ser muito reduzida, sobretudo no que respeita a experiências dos elementos das suas famílias, a respostas do sistema familiar às mudanças (Gonçalves, 2021) bem como aos seus percursos de saúde em contexto de saúde familiar.

O presente estudo pretende, assim, contribuir para minimizar essa lacuna, na medida em que visa conhecer as vivências das pessoas com IG Trans e das suas famílias em relação aos percursos de vida e saúde, em contexto de saúde familiar, quer na ótica dos próprios quer da EQSF. Tem como finalidade contribuir para a construção participada de ambientes de cuidados de saúde familiar inclusivos, promotores de cuidados de saúde adequados e significativos para as pessoas Trans e as suas famílias bem como para uma prática baseada na evidência, também nesta área específica. Para o efeito, coloca as pessoas Trans e suas famílias no centro do processo, enquanto parceiras de cuidados, em diálogo com o resultado da 'escuta' também das potencialidades e das fragilidades que emergem pelas vozes dos profissionais de saúde, no contexto de uma USF do ACeS do Alto Minho.

Trata-se de um estudo de investigação que conforma um dos eixos de ação do projeto Petúnia - ESS-IPVC. Projeto que associando academia, comunidade e prática clínica, pretende contribuir para percursos formativos, de cidadania e profissionais efetivamente inclusivos e respeitadores da diversidade, nomeadamente de IG. Realizado no âmbito de ENP, este estudo, tem também o propósito de desenvolver competências de investigação, designadamente na divulgação de evidência relevante para o conhecimento e promoção de melhores práticas, particularmente de enfermagem de saúde familiar. O seu desenvolvimento e o presente relatório foram orientados pelas *guidelines* propostas pelo COREQ (Tong et al., 2007). O rigor e a exigência metodológica e ética por que se pauta impõe dar conta que no presente relatório não será apresentada a totalidade dos resultados do estudo. Intencionalmente, parte dos mesmos será omitida para posterior publicação. Contudo, serão mencionadas algumas das descobertas com implicações determinantes no desenvolvimento do ENP.

Neste capítulo, após breve contextualização dos conceitos relevantes para a compreensão da problemática do estudo, procede-se à apresentação da metodologia especificamente:

da definição das questões de investigação, objetivos e finalidade do estudo; do tipo de estudo e opções metodológicas, dos participantes e procedimentos e instrumentos de recolha de dados; da descrição do tratamento de dados; e das considerações éticas que estiveram presentes em todas as fases de realização deste estudo. Posteriormente apresentam-se os resultados de acordo com os objetivos delineados, seguida da discussão dos mesmos. Seguidamente apontam-se limitações, sugestões e contributos do estudo para a prática e, por último, enunciam-se as conclusões.

2.1. DA PROBLEMÁTICA

O estudo encontra sustentação no enquadramento teórico desenvolvido na primeira parte deste relatório, contudo considera-se pertinente explicar os conceitos específicos que emergem do mesmo.

Importa, assim, compreender que a IG é a perceção que cada pessoa tem quanto ao seu género, independentemente do sexo e/ou género que lhe foi atribuído à nascença (APA, 2021; Coleman et al., 2022; Gato et al; 2024). A identificação e a adoção de comportamentos e expressões consonantes com o género com que as pessoas se identificam correspondem às primeiras manifestações de expressão e IG e ocorrem, frequentemente, a partir dos dois, três anos de idade. A expressão e a afirmação de género fazem parte do crescimento, estão presentes ao longo da vida e traduzem-se pelas nossas escolhas e a forma como nos mostramos ao mundo (Macedo, 2024).

Nas pessoas Cis, que são a maioria, a IG autodeterminada está em concordância com o sexo e o género atribuído ao nascimento. Nas pessoas Trans essa coincidência não acontece e algumas não se reveem na dicotomia binária de género o que as coloca em colisão com as expectativas e normas de género socialmente determinadas (*ibidem*, 2021; 2022; 2024). Quando a IG corresponde aos padrões sociais passa tão despercebida que nem sequer é lembrada, no entanto, para as pessoas Trans a afirmação de género é fulcral no seu desenvolvimento e torna-se uma questão social incontornável (Macedo, 2024). A autora alerta, para os comportamentos hostis e de discriminação presentes já na infância. Deste modo, o apoio da escola é fundamental na criação de condições facilitadoras da expressão e desenvolvimento livre e integral da criança. Simultaneamente, o acompanhamento por parte de profissionais de saúde é essencial na vigilância do adequado desenvolvimento físico, mental e social da criança e na prevenção de situações de riscos associados a estas situações (Coleman et al., 2022; Macedo, 2024).

Algumas pessoas confrontam-se, desde muito cedo, com a sua própria especificidade que é diversa da maioria e iniciam um processo de descoberta, construção e revelação da IG, mediado pela interação entre a experiência individual e o contexto social (*ibidem*, 2022; Silva, 2021). Também este processo é intrínseco a cada pessoa Trans. O seu início pode ocorrer em idades diferentes acompanhado de diferentes necessidades de mudanças de afirmação de género (psicológicas, sociais, e/ou administrativas/legais, hormonais, cirúrgicas) podendo a pessoa Trans sentir a necessidade de fazer todas, algumas ou nenhuma delas (*ibidem*, 2022; OPP, 2023; Saleiro et al., 2022).

No estudo desenvolvido por Pinto e Moleiro (2015) foram identificadas 5 fases pelas que as pessoas Trans passam no desenvolvimento da sua IG: i) confusão e crescente sentido da diferença de género; ii) exploração da IG na procura de uma explicação e de um rótulo; iii) exploração de opções e decisão do que fazer e quando; iv) adoção de uma nova identidade social e realização de modificações corporais e v) consolidação da IG e invisibilidade.

Gato et al. (2024) explora estas 5 fases e descreve que na primeira, a pessoa percebe a não conformidade de género socialmente estabelecida e a consequente hostilidade social que a faz sentir incongruente com os papéis de género com os quais se identifica. O experienciado pode resultar em confusão e sofrimento psicológico, potencialmente agravados pelo desenvolvimento corporal que se faz sentir nestas fases da vida. As primeiras experiências de discriminação parecem acontecer nesta fase, resultando em isolamento e dificuldade nas relações interpessoais.

Na segunda fase a pessoa já se reconhece enquanto pessoa Trans. Contudo, parece haver a necessidade de procurar uma explicação e de uma designação ou rótulo. A procura de informação sobre o tema e de redes de apoio social sucedem com frequência nesta fase. As pessoas que estão ainda em conflito interno com a sua IG, podem esforçar-se para que a sua expressão de género corresponda ao sexo e género que lhe foi atribuído à nascença, ou seja, em maior alinhamento com o socialmente espectável. Esta fase parece ser mais rapidamente ultrapassada quanto mais jovens são as pessoas, passando para terceira fase.

Nesta nova fase, em que já há aceitação da IG, inicia-se a exploração de opções e a decisão sobre o que fazer e quando. São ponderadas as implicações da revelação da IG (*coming out*), sendo frequente a opção por uma forma seletiva e progressiva, iniciando pelas

peças de maior confiança e que transmitem maior segurança. Um período prolongado nesta fase pode indicar uma oscilação entre a aceitação e a rejeição da própria IG Trans.

A aceitação plena da IG e a necessidade de nova identidade social corresponde à quarta fase que está associada a diferentes processos de afirmação de género (administrativos e legais, hormonais e cirúrgicos) e ao *coming out* generalizado.

Na última fase existe a consolidação da IG. A pessoa Trans é reconhecida, na generalidade, pelo género com o qual se identifica. (Gato et al., 2024).

O conhecimento sobre as diferentes fases de desenvolvimento da IG permite respostas dos profissionais mais específicas e direcionadas às necessidades das pessoas Trans (Gato et al., 2024) e das suas famílias (Silva, 2021).

Tal como as pessoas Trans, também as famílias, vivem processos faseados de afirmação. São processos desafiantes, relacionados com o acompanhamento da afirmação dos familiares, com a compreensão progressiva e acolhimento da mudança (Silva, 2021). A afirmação de género da pessoa Trans tem impacto na família, pode constituir-se como um stressor familiar que exige desta um processo de ajuste ou adaptação com vista ao equilíbrio. Este processo é permeado por sentimentos e emoções e pela mobilização dos recursos familiares disponíveis para fazer face à situação (Silva, 2021).

O ajuste ou adaptação positivas depende de como a família avalia a IG Trans do seu familiar, os significados que lhe atribui, as dificuldades que antecipa e a perceção que tem da sua capacidade para lidar com a situação. Depende igualmente da presença de outras exigências em simultâneo, dos padrões de funcionamento habituais (comunicação, interação de papéis, relação dinâmica) (Brown-Baatjies et al., 2008). Não menos importante é a capacidade de aceder aos recursos familiares (individuais, do sistema familiar e da comunidade) e a capacidade de *coping* e de resolução de problemas (*ibidem*, 2008).

O *coping* refere-se à capacidade de sobreviver a situações stressantes e, na maioria das vezes, os mecanismos de *coping* são manifestados inconscientemente. Incorpora padrões, esforços cognitivos e comportamentais para desenvolver estratégias que permitam responder à situação de *stress* (Bondarchuk et al., 2023). O *coping* familiar refere-se à resolução coordenada de problemas de toda a família ou a esforços complementares dos seus membros individuais. Pode envolver a ação de procurar e obter recursos, gerir a

tensão associada à situação e avaliar e alterar os significados de uma situação de modo a torná-la mais controlável (Brown-Baajtjes et al., 2008).

Do reconhecimento da importância de uma visão ecossistémica para a compreensão das vivências das pessoas Trans e das suas famílias e da integralidade dos cuidados de saúde decorre a valorização de uma abordagem multidisciplinar. Para o desempenho da prestação multidisciplinar de cuidados de saúde concorrem diversos fatores nomeadamente a conceção de cuidados. (*World Health Organization [WHO] & United Nations Children's Fund. [UNICEF]*, 2020). Considera-se, portanto, fundamental a valorização da conceção de cuidados e da multidisciplinaridade para a construção do processo de cuidados de saúde com pessoas Trans e com as suas famílias. Assumindo o potencial do papel dinamizador da ESF na equipa multidisciplinar e na promoção da colaboração interdisciplinar (OE, 2017; IFNA, 2017; Regulamento n.º 428/2018, 2018) dá-se ênfase à conceção de cuidados sustentados pelos referenciais da enfermagem em particular de ESF. Quanto mais robusta for a articulação com a equipa multiprofissional, consubstanciada no conhecimento científico próprio da disciplina de enfermagem e na prática baseada na evidência, maior será a visibilidade da enfermagem (Schulze et al., 2024) e o reconhecimento decorrente do cumprimento do seu mandato social (OE, 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015).

O processo de enfermagem (PE) adotado pela OE (Lei nº 161/96, 1996) como metodologia científica do trabalho de enfermagem baseia-se numa abordagem sistemática (Oliveira et al., 2020; Toney-Butler & Thayer, 2023), exige pensamento crítico, raciocínio clínico e tomada de decisão de enfermagem ao longo de cinco etapas sequenciais e interrelacionadas: avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de resultados (Oliveira et al., 2020; Santos et al., 2017; Toney-Butler & Thayer, 2023).

A avaliação dos dados colhidos, através do pensamento crítico e do raciocínio clínico, permite formular diagnósticos de enfermagem (Toney-Butler & Thayer, 2023). Dito de outra forma, os diagnósticos de enfermagem decorrem do julgamento clínico sobre respostas a problemas de saúde reais ou potenciais das pessoas, famílias ou comunidade (*North American Nursing Diagnosis Association*, s.d.) e ajudam a priorizar e a planear os cuidados.

O planeamento integra os resultados esperados com os cuidados, fundamentados numa abordagem de prática baseada na evidência, permite delinear intervenções e direcionar os

cuidados para as necessidades únicas de cada pessoa e família, tornando-os assim mais personalizados e adaptados.

A implementação consiste na realização das intervenções delineadas na fase anterior. A avaliação dessas intervenções fornece dados que tornam possível perceber se os resultados preestabelecidos foram alcançados ou se é necessário voltar à fase de planejamento (Santos et al., 2017; Schulze et al., 2024; Toney-Butler & Thayer, 2023).

Assim, considera-se a entrevista uma técnica fundamental para a operacionalização do PE em todas as suas etapas na medida em que permite a recolha de informações que contribuem para os diagnósticos de enfermagem. Pode constituir-se, ainda, em suporte informativo e emocional de apoio ao processo adaptativo a mudanças. A entrevista entendida e desenvolvida intencionalmente como uma forma de intervenção possibilita às famílias, nomeadamente, novas visões da sua situação, novos significados e soluções, assumindo assim um cariz terapêutico (Bell, 2016; Figueiredo, 2023; Shajani & Snell, 2023).

A entrevista familiar sistémica distingue-se da entrevista convencional independentemente de ser realizada com uma ou mais pessoas, por se centrar na família como unidade de cuidados (um todo sistémico) e não em cada membro individualmente (Figueiredo, 2023) considerando as relações de reciprocidade inter e intra sistemas em alinhamento com o entendimento de que o que acontece numa parte do sistema afeta as outras partes (Robinson et al., 2022). Diferencia-se assim, por se focar nos padrões de comunicação, nas relações, crenças, normas, papéis e regras comunicacionais para compreender a sua influência nos seus processos de vida e saúde e ajudar as famílias nos processos de mudança construtiva.

As entrevistas de ESF desenvolvem-se em 4 fases sequenciais, articuladas com as etapas do PE: envolvimento, avaliação, intervenção e finalização.

O envolvimento permite o estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica e o conforto das famílias. Assenta numa postura de interesse pelas crenças de saúde e pelas experiências anteriores das pessoas e das famílias. Através de uma abordagem colaborativa e consultiva, afasta julgamentos e culpabilizações e imprime à relação maior igualdade e reconhecimento pelas capacidades das famílias na resolução dos problemas. Nesta relação conjugam-se os conhecimentos de enfermagem com a experiência única

dos membros da família (Figueiredo, 2023; Shajani & Snell, 2023; Wright, & Leahey, 2018). A avaliação através da exploração da situação permite a identificação de pontos fortes e vulnerabilidades (Gotllieb, 2016), num processo que necessariamente é contínuo na sequência das alterações que se processam nas situações ao longo do tempo. Na fase de intervenção é delineado um plano com a família, o que favorece as mudanças necessárias para recuperar o equilíbrio familiar. Por último, a finalização corresponde ao momento em que a família já é capaz sozinha de manter mudanças construtivas, novos entendimentos e crenças facilitadoras da resolução de problemas (*ibidem*, 2023; 2023; 2018).

A interação entre pessoas, famílias e PENF constitui condição indispensável para a construção de uma relação terapêutica facilitadora do PCE. A relação terapêutica é um dos conceitos centrais em enfermagem (*ibidem*, 2023; 2018), já reconhecido como tal por Collière (2003, 2012) e considerado por Bell (2016) como a base das conversas terapêuticas. Numa relação terapêutica, as pessoas e as famílias são convidadas a partilhar a sua história sobre a sua situação particular. Expressam ou deixam perceber as suas preocupações ou o que consideram ser os seus problemas (*ibidem*, 2023; 2018), a PENF indaga e oferece intervenções que ajudem a potenciar as capacidades das pessoas e das famílias para responder às suas necessidades (*ibidem*, 2012) e, em conjunto, procuram encontrar formas de fazer mudanças que lhes sejam significativas ((*ibidem*, 2016; 2023; 2018).

O PCE, como entendido por Collière (2012), é (co)construído entre quem cuida e quem é cuidado, especificamente para cada situação. É criado a partir das descobertas obtidas pela descodificação das informações que provém da situação, com a ajuda de conhecimentos teóricos, no sentido de compreender os seus significados e a forma de as utilizar na `ação de cuidar`. A autora defende que a capacidade de identificar o sentido da informação disponibilizada pelas pessoas e de a utilizar, exige a interligação entre as diversas informações recebidas, possível pelo recurso a outras fontes de conhecimentos, fontes teóricas, mas também, livros, jornais, filmes e toda a experiência de vida. Em conjunto, enriquecem os cuidados de enfermagem, pois, ajudam a ampliar a forma de `apreender a vida` e de melhor compreender as situações de vida das pessoas e famílias. Cada família é única na sua cultura, história, crenças, conceito de saúde e experiência de saúde, doença e de vida. Nesse sentido, a ESF reconhece a existência de múltiplas

realidades concebidas pelos diferentes significados atribuídos por cada família aos eventos que vivencia (Figueiredo, 2023; IFNA, 2017; OE, 2017; Robinson et al., 2022; Shajani & Snell, 2023; Wright & Leahey, 2018). A entrevista familiar é fundamental para conhecer e compreender os sentimentos e percepções das pessoas Trans e famílias, as suas forças e vulnerabilidades quanto aos recursos que tem disponíveis assim como a sua capacidade para lhes aceder e os mobilizar, para então encontrar formas de facilitar as mudanças que se considerem necessárias (Shajani & Snell, 2023).

O presente estudo assenta na firme convicção de que o sentido dos cuidados se encontra na encruzilhada dos saberes, conhecimento e das representações e percepções, tanto dos profissionais como das pessoas e das famílias (Collière, 2003, 2012).

2.2. METODOLOGIA

2.2.1. Questões de investigação, finalidade e objetivos

Este estudo partiu da seguinte questão investigação:

- Quais são as vivências e percepções das pessoas Trans e das suas famílias nos seus percursos de vida e saúde em contexto de saúde familiar, na perspetiva das próprias e na perspetiva da EQSF?

Colocaram-se ainda outras questões de cariz complementar, designadamente:

- Quais as dimensões relevantes na conceção de cuidados de saúde com as pessoas Trans, suas famílias e EQSF?
- Quais as sugestões de melhoria nos cuidados de saúde com as pessoas Trans, as suas famílias e EQSF?

Pretende-se com este estudo contribuir para a produção de conhecimento e para a implementação da prática baseada na evidência, nesta área específica, orientadores da (co)construção de ambientes de CSP inclusivos, promotores de cuidados de saúde adequados e significativos para as pessoas Trans e as suas famílias.

Definiram-se como objetivos de estudo:

- Mapear dimensões relevantes na conceção de cuidados de saúde com as pessoas Trans, suas famílias e EQSF, na perspetiva das próprias e da EQSF;
- Sintetizar sugestões de melhoria nos cuidados de saúde com as pessoas Trans, suas famílias e EQSF, na perspetiva das próprias e da EQSF;
- Encetar o processo de melhoria das práticas numa lógica de (co)construção.

2.2.2. Tipo de estudo

Em consonância com as questões de investigação e os objetivos, realizou-se um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, inscrito na metodologia de investigação-ação (Vilelas, 2022).

2.2.3. População e participantes

A população deste estudo é composta pelos elementos da EQSF de uma USF do ACeS do Alto Minho localizada no litoral norte de Portugal, por pessoas com IG Trans inscritas na mesma USF e pelos elementos das suas famílias.

São participantes deste estudo, selecionadas de forma intencional, todas as pessoas da população alvo que consentiram participar no mesmo. Da população alvo, não participaram no estudo: uma pessoa Trans (não justificou), duas famílias (uma não justificou e o contacto com outra família não foi consentido pela pessoa Trans). Pela riqueza dos dados obtidos no pré teste das entrevistas com uma pessoa Trans e com a sua família, embora estivessem inscritas numa USF limítrofe à USF do estudo, estas também foram incluídas como participantes. Participaram no total quatro pessoas Trans, três elementos de duas famílias e dezoito elementos da EQSF.

2.2.4. Instrumentos e estratégias de recolha de dados

Para a recolha de dados com as pessoas Trans e a suas famílias, usaram-se como instrumentos as notas de campo e a entrevista semiestruturada orientadas por questionário sociodemográfico (Apêndice I) e guião elaborado para o efeito (Apêndice II).

Com os elementos da equipa da USF, a colheita de dados foi realizada através de questionário sociodemográfico no aplicativo *Google Forms*, notas de campo e material resultante das estratégias participativas utilizadas: *The World Café* (s.d.) e técnica *Delphi* (Barretto & Heale, 2020; Nasa et al., 2021).

2.2.5. Procedimentos de recolha de dados

O processo de recolha de dados decorreu entre dezembro de 2023 a março de 2024. Foi realizada apenas pela investigadora principal que possuía relação prévia, somente, com os elementos da equipa da USF. Para a validação do guião de entrevista e clarificação das questões, linguagem e conformidade com os objetivos, foi efetuada a revisão pelas

autoras e foram realizadas duas entrevistas pré teste, uma com uma pessoa Trans e outra com um elemento da sua família.

As entrevistas tiveram um tempo médio de uma hora por participante, foram realizadas num único momento, no contexto de sua preferência (domicílio, gabinete da unidade de saúde e *online*) e gravadas em suporte áudio, com exceção de uma entrevista em que a gravação não foi consentida. Procedeu-se à atribuição de código alfanumérico às entrevistas em que as pessoas são identificadas pela letra 'P' e o elemento da família pela letra 'F' seguida de número correspondente à ordem de realização das entrevistas. Posteriormente realizou-se a transcrição integral das entrevistas que foram devolvidas a cada participante para comentários e/ou correções.

Com os elementos da equipa da USF, a colheita de dados foi realizada na sala de reuniões da USF, em três tempos distintos com duração de cerca de uma hora cada. Intencionalmente ocorreu à *posteriori* da colheita de dados com as pessoas Trans e com as suas famílias e a momentos de sensibilização e formação. No primeiro momento optou-se pelo *The World Café*, criou-se um ambiente inspirado num café, com três mesas, cada uma com seis elementos da equipa. Foi disponibilizada a cada mesa, uma situação inspirada nos resultados das entrevistas realizadas com as pessoas Trans e as suas famílias em que a discussão foi orientada pelas questões e objetivos do estudo. Cada mesa escolheu um anfitrião (que anotou as ideias, palavras-chaves e frases) que se manteve em permanência enquanto os restantes elementos rodavam pelas outras mesas, em três rondas de dez minutos cada. No final, durante trinta minutos, cada anfitrião partilhou os resultados e descobertas, que ao serem discutidos por toda a equipa originaram novas descobertas. A sistematização destes resultados coletivos permitiu identificar novas questões que foram exploradas com recurso à técnica *Delphi*. Os elementos da equipa, peritos da sua própria experiência e conhecimento, foram convidados a, de forma individual e anónima, acrescentar novas opiniões relativas aos resultados anteriores, responder às novas questões e a incluir outras que considerassem pertinentes. Tendo inicialmente optado por enviar as suas opiniões por correio eletrónico, preferiram na sua maioria, com a exceção de três elementos, imprimir e colocá-las num local comum. Esta alteração inviabilizou a identificação das respostas por grupo profissional pelo que foram codificadas por equipa (EQ), mas não interferiu no terceiro momento da colheita de

dados, em que as opiniões anónimas sistematizadas foram partilhadas e discutidas com a equipa, não tendo emergido novos dados.

2.2.6. Procedimentos de tratamento e análise de dados

O tratamento e análise de dados foi realizado pelas quatro autoras com recurso à análise de conteúdo com análise temática, em três fases sequenciais como proposto por Bardin (2016): i) a pré-análise, através de uma leitura flutuante que permitiu a familiarização com o corpus e a sistematização e operacionalização das ideias iniciais; ii) a exploração do material, com construção de árvore de codificação orientada pelos objetivos do estudo norteadores dos temas integradas no guião da entrevista, sendo estes, deste modo, relativamente pré-determinados, deixando que as áreas temáticas, categorias e subcategorias emergissem da análise. Neste processo foram respeitadas as regras de exaustividade e de não-seletividade, exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e de produtividade e iii) o tratamento dos resultados em bruto através síntese e seleção dos mesmos, de forma que fossem significativos e válidos para posterior interpretação. Neste processo não foi utilizado *software* de gestão de dados.

Foi pedido aos participantes que acrescentassem as informações que considerassem pertinentes, através da devolução das entrevistas e síntese de dados com a equipa, não tendo emergido novos dados. As autoras discutiram e consideraram atingida a saturação dos dados, em relação aos participantes deste estudo na linha de outras pessoas que fazem investigação (Minayo, 2017). Até ao momento a verificação e validação dos resultados só foi realizada pela equipa.

2.2.7. Procedimentos éticos

A colheita de dados decorreu entre dezembro de 2023 a março de 2024, após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM E.P.E. (Parecer nº 74-2023) (ANEXO I), apresentação dos objetivos do estudo, obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice III) dos participantes e informação da destruição de todo o material de colheita de dados após a comunicação pública dos mesmos. Em todas as etapas deste estudo foram respeitados os princípios éticos constantes da Declaração de Helsínquia no que respeita à autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade e consentimento informado, assim como assegurada a proteção da reputação e o bom nome das instituições e dos participantes no mesmo.

O contacto para identificação da disponibilidade e consentimento das pessoas Trans para participação no estudo, foi realizado por elementos do grupo profissional de MGF que prestou informação e esclarecimentos sobre o mesmo. Posteriormente o investigador principal efetuou contacto telefónico e por correio eletrónico para agendamento da entrevista. O contacto telefónico com a família para participação no estudo foi realizado pelo investigador principal mediante o consentimento da pessoa Trans. Os elementos da EQSF foram abordados presencialmente em reunião multidisciplinar e obtido o consentimento informado explícito aquando do preenchimento do questionário sociodemográfico na plataforma *Google Forms*.

2.3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

No primeiro momento apresenta-se a caracterização dos participantes e, no segundo, trazem-se as vozes que emergem das entrevistas com as pessoas Trans e com as suas famílias e da discussão e partilha com os elementos da equipa multidisciplinar da USF.

Os resultados são apresentados na forma textual e descritiva, recorrendo, a tabelas quando pertinente, respeitando o rigor e a especificidade da informação quantitativa e qualitativa. Assim, a caracterização é efetuada com recurso a tabelas de frequências absolutas e relativas e a medidas de tendência central e de dispersão [Desvio Padrão (DP)] para apresentação dos resultados de variáveis quantitativas. A apresentação das vozes é efetuada a partir de tabelas síntese. Nesta dimensão de análise (vozes) privilegia-se sobretudo as áreas temáticas estritamente relacionados com o desenvolvimento do ENP, explorando-se as demais numa publicação que pretendemos fazer de seguida.

2.3.1. Caracterização dos participantes

Participaram no total 4 pessoas Trans, 3 elementos de 2 famílias e 18 elementos da equipa da USF, que se passam a apresentar sumariamente.

▪ Pessoas Trans

As 4 pessoas Trans participantes, no que se refere à IG, identificaram-se como homem Trans (n=2), como pessoa Trans feminina (n=1) e com género fluido (entre o género homem e neutro) maioritariamente homem Trans (n=1). Tem 19 (n=2), 25 (n=1) e 30 anos de idade (n=1), todas de nacionalidade portuguesa e a frequentar o ensino superior, uma das quais trabalhadora-estudante. Vivem em apartamento partilhado ou residência estudantil (n=2), com os pais (n=1) e sozinhas (n=1) e tem contacto com os pais algumas

vezes por ano (n=2), aos fins de semana e férias (n=1) e todos os dias (n=1). Consideram a sua família nuclear (n=2), monoparental (n=1) e unipessoal (n=1).

A autodeterminação ocorreu em idade compreendida entre os 14 e os 23 anos. Nas pessoas que se afirmaram perante a família (n=3) ocorreu entre os 16 e os 23 anos. A totalidade de participantes afirmaram a sua IG socialmente no ano de ingresso ao ensino superior. O tempo decorrido desde a afirmação social até ao momento da entrevista, variou desde os 5 meses e os 7 anos e ocorreu com os amigos e em contexto clínico (n=1), na família, com os amigos e contexto clínico (n=2) e em todos os contextos (n=1).

Relativamente a mudanças afirmativas que implicam mudanças físicas, realizou 2 intervenções cirúrgicas e mantém hormonoterapia há cerca de 6/7 anos (n=1), decidiram-se pela hormonoterapia (n=2) e por uma intervenção cirúrgica (n=1). Quanto ao estado de realização das mudanças físicas, 1 pessoa já tinha concluído o processo de mudanças físicas, as outras ainda não tinham tido a primeira consulta de especialidade de afirmação de género no SNS. Encontram-se a aguardar agendamento há cerca de três meses (n=1), a aguardar consulta agendada para cerca de seis meses após referenciação (n=1) e a aguardar referenciação (n=1). Na tabela 1 são apresentados aspetos relativos à IG.

Tabela 1. – Caracterização das pessoas Trans relativa a aspetos da Identidade de Género

IG Autodeterminada				Idade (Anos) Autodeterminação				Idade (Anos) Afirmação com família			
HT	TF	GF		14	16	18	23	16	17	23	NA
N.º	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado da medida afirmativa				Medida afirmativa (N.º)							
				N. Social	N. Legal	Hormonal	Cirúrgica	Nenhuma			
Efetuada				2	1	1	1	1			
A aguardar C. agendada				NA	NA	1	NA	NA			
A aguardar agendamento				NA	NA	1	NA	NA			
A aguardar referenciação				NA	NA	NA	1	NA			

Legenda: C – Consulta; GF – Género fluído; HT – Homem Trans; TF – Trans feminina; NA – Não se aplica

Relativamente à vigilância e acompanhamento de saúde, todas as pessoas tinham consultas de vigilância de saúde em USF, com a EQSF (n=1) ou apenas com MGF (n=3), exclusivamente em CSP (n=1), em consulta de endocrinologia no SNS (n=1), ginecologia em serviço privado (n=1), psicologia numa associação (n=1) e psicologia em serviço privado (n=3). Destas últimas, 1 pessoa referiu não ser acompanhada no momento por não sentir necessidade.

▪ Famílias

Os 3 elementos da família participantes, têm idades de 28, 51 e 62 anos, todos de nacionalidade portuguesa, grau de parentesco com a pessoas Trans de pai, de irmã e mãe, estas últimas pertencentes à mesma família. Constituem famílias nuclear e monoparental. Identificavam-se como pessoas do sexo biológico feminino (n=2) e masculino (n=1) e todos com IG Cis. O nível de escolaridade é de licenciatura (n=2) e 12.º ano de escolaridade (n=1), todos com situação laboral ativa e estável. A revelação da pessoa Trans com a família tinha decorrido há 7anos (n=1) e há cerca de 4 meses com a decisão (n=2). A revelação da família tinha ocorrido em todos os contextos (n=1) e apenas com alguns familiares mais próximos (n=2). A decisão pela hormonoterapia e cirurgia tinha sido tomada há 6 anos (n=1) e estavam a aguardar agendamento para cirurgia (n=1) e hormonoterapia (n=2). Todos os elementos das famílias faziam vigilância da saúde com a EQSF e apenas 1 elemento tinha tido apoio neste âmbito proporcionado por uma associação. Alguns aspetos sociodemográficos da revelação da IG referentes às famílias são apresentados na tabela 2.

Tabela 2. – Caraterização das famílias relativa a aspetos sociodemográficos e da revelação da IG

Idade (Anos)			Sexo Biológico		IG	Tempo Pós Revelação PT		Contexto da Revelação da Família	
28	51	62	F	M	Cis	7 Anos	4 Meses	Todos	Familiares mais próximos
1	1	1	2	1	2	1	2	1	2

Legenda: F – Feminino; IG – Identidade de Género; M – Masculino; PT – Pessoas Trans

▪ Equipa de saúde familiar

Participaram 18 elementos da EQSF especificamente do grupo profissional de AT (n=4), de PENF (n=5), e de MGF (n=9) onde se inclui elementos a fazer o internato de MGF (n=4). Na tabela 3 apresentam-se alguns aspetos da sua caraterização. A média de idade dos elementos da EQSF é de $43,0 \pm 2,5$ anos, mediana 44,5 anos, variando entre o mínimo de 26 e o máximo de 62 anos, com desvio padrão de 10,6 anos. São maioritariamente do sexo biológico feminino (n=14), sendo que no que se refere IG a maioria identifica-se como pessoa Cis (n=16) e 2 não responderam. A média do tempo de exercício profissional em CSP é de $13,1 \text{ anos} \pm 2,3 \text{ anos}$, mediana de 12,0 anos, variando entre o mínimo de 1,0 ano e o máximo de 34,0, com desvio padrão (DP) de 9,8 anos.

Em contexto de trabalho, 61,1% (n=11) dos elementos da EQSF refere não ter tido contacto com pessoas Trans, valor que sobe para 77,8% (n=14) na ausência do contacto com as famílias. Os elementos da EQSF que referiram ter tido contacto com pessoas Trans [38,9% (n=7)] pertenciam ao grupo profissional AT (n=1), PENF (n=1) e de MGF (n=5). Referiram ter tido contacto com famílias de pessoas Trans, 22,2% (n=4) dos elementos pertencentes ao grupo profissional de PENF (n=1), de MGF (n=2) e de AT (n=1).

A maioria dos elementos da EQSF [77,8% (n=14)] refere não ter tido formação na área da IG Trans. Os que referiram ter tido formação nesta área [22,2% (n=4)] pertenciam ao grupo profissional de PENF (n=1) e MGF (n=3) e tinha sido realizada em contexto de trabalho (n=2), em formação académica (n=1) ou noutra modalidade (n=1).

Tabela 3. – Caraterização da equipa relativa a aspetos sociodemográficos e profissionais

Idade (Anos)	Média		Mediana		Mínimo		Máximo		DP			
	43 ± 2,5		44,5		26		62		10,6			
Tempo de exercício em CSP (Anos)	13,1± 2,3		12,0		1,0		34.0		9,8			
	Contacto com pessoas Trans				Contacto com famílias de pessoas Trans				Formação em IG Trans			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
EQSF	7	38,9	11	61,1	4	22,2	14	77,8	4	22,2	14	77,8
AT	1	5,5	3	16,7	1	5,5	3	16,7	0	0	4	22,2
ENF	1	5,5	4	22,2	1	5,5	4	22,2	1	5,5	4	22,2
MGF	5	27,7	4	22,2	2	11,2	7	38,9	3	16,7	6	33,4

Legenda: AT – Assistente Técnico; CSP – Cuidados de saúde Primários; ENF – Enfermagem; EQSF – Equipa de Saúde Familiar; IG – Identidade de Género; MGF – Medicina Geral e Familiar

2.3.2. Vozes de pessoas Trans, famílias e equipa de saúde familiar

Da análise dos temas identificados antecipadamente emergiram áreas temáticas, categorias e subcategorias, apresentadas na tabela 4. Esta (tabela) permite ainda, de forma sistematizada, perceber as regularidades, mas também a singularidade dos assuntos e temas trazidos pelas vozes das pessoas Trans, das famílias e da EQSF.

Nos discursos dos participantes, evidenciaram-se 4 dimensões relevantes na conceção dos cuidados de saúde com pessoas Trans e com as suas famílias, a saber: 1) criação de espaço de partilha; 2) escuta das vivências nos processos de afirmação da IG Trans; 3) exploração dos recursos familiares; e 4) reconhecimento das expectativas sobre o papel da equipa.

Tabela 4. – Temas por áreas temáticas, categorias, subcategorias e génese das unidades de análise
Tema A – Dimensões relevantes na conceção dos cuidados com pessoas Trans e famílias

Áreas temáticas, categorias e subcategorias	Génese das unidades de análise		
	Pessoas	Famílias	Equipa
Área Temática 1 - Criação de espaço de partilha			
1.1. Acolhimento	P1		EQ
1.2. Relação de confiança	P1		
Área Temática 2 - Escuta das vivências nos processos de afirmação da IG Trans			
2.4. Sentimentos e emoções			
Referentes às pessoas Trans			
2.1.1. Naturalidade	P1; P2; P3; P4	F1; F3	
2.1.2. Confusão	P3		
2.1.3. (Des)conforto com a imagem corporal	P1; P2; P4	F1, F2, F3	
2.1.4. Sofrimento psicológico	P2; P3; P4	F3	
2.1.5. Liberdade e felicidade	P1; P4	F1; F3	
Referentes às famílias			
2.1.6. Choque	P1; P4	F1; F2; F3	
2.1.7. Negação	P1; P3; P4	F3	
2.1.8. Preocupação	P1; P4	F2	
2.1.9. Luto	P1; P4	F1	
2.1.10. Medo do <i>coming out</i>	P1	F2; F3	
2.5. Estratégias de <i>coping</i>			
Utilizadas pelas pessoas Trans			
2.5.1. `Viver` a IG no anonimato	P1; P2; P4	F1	
2.5.2. Tentar corresponder às expetativas	P4	F2, F3	
2.5.3. Isolamento		F2, F3	
2.5.4. Ocultação	P2; P3		
2.5.5. Afirmação	P1; P4; P3	F2	
Utilizadas pelas famílias			
2.5.6. Dar tempo	P1; P3	F1; F2	
2.5.7. Seletividade na revelação	P1	F1; F2	
2.5.8. Reenquadramento	P4	F2	
Área Temática 3 - Exploração dos recursos familiares			
3.1. Recursos do sistema familiar			
3.1.1. Crenças familiares	P1	F1; F2; F3	
3.1.2. Comunicação familiar	P1	F2	
3.1.3. Apoio familiar	P1; P2; P3; P4	F1; F2	EQ
3.2. Recursos da comunidade			
3.2.1. Apoio de amigos	P1; P2; P3; P4		
3.2.2. Apoio de associações	P1; P2; P3	F1	EQ
Área Temática 4 - Reconhecimento das expetativas sobre o papel da equipa			
* Referente às pessoas Trans			
4.1. * Facilitação das expressões de género plurais	P1; P2	F3	EQ
4.2. * Referenciação	P2; P4	F3	EQ
4.3. Suporte informativo			
4.3.1. Recursos de apoio	P1	F2	EQ
4.3.2. Percursos de afirmação de género	P2; P4	F3	EQ
4.4. Apoio emocional	P1; P4	F1	EQ
Tema B - Sugestões de melhoria dos cuidados com pessoas Trans e com as suas famílias			
Área Temática 1 - Reconhecimento da diversidade de IG	P1; P2; P3; P4	F1; F2; F3	EQ
Área Temática 2 - Capacitação da EQSF	P3; P4	F1; F2	EQ

Legenda: `P` - pessoa, `F` - família, `EQ` - equipa, `EQSF` - Equipa de Saúde Familiar.

Pese embora as unidades de registo globais sejam apresentadas na íntegra no Apêndice IV, as tabelas seguintes (n.º 5, 6, 7 e 8) evidenciam algumas vozes que deram corpo às categorias e subcategorias apresentadas. Assim, na tabela 5, relativa à *criação de espaço de partilha* emergem dos discursos dos participantes o *acolhimento* e a *relação de confiança* como categoria.

Tabela 5. – Categorias e unidades de registos relativas à área temática `criação de espaço de partilha`

Área temática 1. Criação de espaço de partilha	
Categoria	Unidades de registo
1.1. Acolhimento	“Fazer da consulta um lugar seguro e tranquilizador para a pessoa.” (EQ)
1.2. Relação de confiança	“(…) a minha enfermeira e médica sabem (…) a minha mãe tem confiança com elas (…) foi ela que contou (…) mas imagino que seja sempre complicado o ter que se assumir ser Trans sempre que se faz consultas com alguém novo.” (P1)

A tabela 6 centra-se na escuta das vivências nos processos de afirmação da IG Trans, evidenciando-se falas que conformam duas categorias, a saber: *sentimentos e emoções* e *estratégias de coping*. Os sentimentos e emoções relativos às pessoas Trans integram subcategorias que desocultam *naturalidade*, *confusão*, *(des)conforto com a imagem corporal*, *sofrimento psicológico*, passando pela *liberdade e felicidade*. No que concerne aos sentimentos e emoções relativos às famílias emergiram *choque*, *negação*, *preocupação*, *luto* e *medo do coming out*.

No que se refere às estratégias de *coping* inerente às pessoas Trans vieram a debate aspetos que passam por `viver` a IG no anonimato, *tentar corresponder às expetativas*, *isolamento*, *ocultação e afirmação*. Em relação às famílias surgiram outras subcategorias que se prendem com *dar tempo*, *seletividade na revelação* e *reenquadramento*.

Tabela 6. – Categorias, subcategorias e unidades de registos relativas à área temática `vivências nos processos de afirmação da IG Trans`

Área temática 2. Escuta das vivências nos processos de afirmação da IG Trans		
Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
	Referentes às pessoas Trans	

2.1. Sentimentos e emoções	2.1.1. Naturalidade	<i>“Estava lá desde a minha infância. (...) não questionava, (...) não havia conceitos (...)” (P2)</i>
	2.1.2. Confusão	<i>“(...) costumava duvidar até da minha vontade (...) senti-me assim ... naquele conflito de ... será uma fase? Estarei confuso?” (P3)</i>
	2.1.3. (Des)conforto com a imagem corporal	<i>“(...) nunca estive desconfortável com a minha imagem (...) a roupa era a que uso agora.” (P1)</i> <i>“(...) ela disse que queria tirar as mamas, mas desde sempre. (...) agora lá está com as bandas ... está deformado.” (F3)</i>
	2.1.4. Sofrimento psicológico	<i>“(...) foi uma altura da minha vida (...) em que eu era menos eu. Estava só ali. (...)” (P2)</i> <i>“(...) chegou a ter muitos ataques de pânico. (...) ela tentou cortar uma vez os pulsos. “(F3)</i>
	2.1.5. Liberdade e felicidade	<i>“Afirmar-me mesmo (...) na universidade, em que toda a gente me chama [nome social], (...) agora sim, (...) sinto-me em liberdade (...)” (P4)</i> <i>“A pessoa é a mesma. (...) só que mais feliz, (...)” (F1)</i>
Referentes às famílias		
	2.1.6. Choque	<i>“(...) ter um filho gay ou uma filha lésbica é mais fácil de digerir do que a de agora, (...) conversarmos bastante, mas é um choque, é um choque.” (F2)</i>
	2.1.7. Negação	<i>“(...) a minha mãe [disse] não, tu não és um rapaz, nunca foste um rapaz (...). É uma fase, estás a passar por uma fase delicada, és adolescente, todos os adolescentes têm essas dúvidas.” (P3)</i>
	2.1.8. Preocupação	<i>“(...) a minha mãe estava com aquele receio ... vais te magoar, podes sofrer transfobia (...)” (P4)</i> <i>“(...) tens de atingir um objetivo económico de independência (...) se vais começar com operações (...) vais perder muito tempo e vais atrasar a tua vida, (...)” (F2)</i>
	2.1.9. Luto	<i>“[a mãe] Teve mais dificuldade, teve de fazer o luto da filha. E não era por não aceitar o [filho], era uma coisa dela.” (F1)</i>

	2.1.10. Medo do coming out	<i>“A minha mãe tinha bastante medo de como a minha avó iria reagir, de como as pessoas onde ela vive iam reagir (...)” (P1)</i>
2.1. Estratégias de coping	Utilizadas pelas pessoas Trans	
	2.2.1. `Viver` a IG no anonimato	<i>“(...) imaginava, (...) online, (...) dizia sempre que era rapaz (...) quando sonhava, (...) eu era um rapaz e lembro-me de pedir (...) que quando acordasse, fosse um rapaz (...)” (P1)</i>
	2.2.2. Tentar corresponder às expetativas	<i>“(...) aquela idade em que uma pessoa quer mais validação social, de amigos e (...) eu via o que as outras meninas faziam, tinha de fazer igual, (...)” (P4)</i>
	2.2.3. Isolamento	<i>“[o filho] preferia estar sozinha, dizia eu não tenho amigos, eu tenho colegas de turma (...) não me importa, a minha vida é aqui [em casa] ... mas nunca como vitimização, nunca como sofrimento (...)” (F3)</i>
	2.2.4. Ocultação Da IG	<i>“(...) entrar num consultório e dizer (,) sou um rapaz, não sou uma mulher e depois sentir aquele desconforto (...) entro (...) sou a [nome morto] e saio (...) volto a ser o [nome social]” (P3)</i> <i>“[o uso do nome social ou mudança do nome no cartão de cidadão] (...) ia deixar em situações mais desconfortáveis do que só deixar assim, para já. (...)” (P2).</i>
	2.2.5. Afirmção da IG	<i>“(...) porque é que vou estar aqui a sujeitar-me a uma situação que eu sei que não é verdade, e já não abrir as portas e arriscar. (...) transfobia eu posso sofrer em qualquer momento da minha vida. (...) ou seja, tinha de enfrentar (...)” (P4)</i>
	Utilizadas pelas famílias	
	2.2.6. Dar tempo	<i>“O tempo é a melhor coisa para a adaptação. (...) Ter as coisas bem claras [na cabeça]. Depois o resto, o tempo faz. (...) todos nós precisamos desse tempo, não é só o [filho] (...)” (F1)</i>
	2.2.7. Seletividade na revelação	<i>“Tentei falar com a minha mãe [avó], (...) contei à minha irmã (...) que falou com o marido dela (...)”. (F2)</i> <i>“(...) optei por partilhar com os meus amigos e com alguns colegas mais próximos (...) [a mãe] demorou mais um bocadinho (...)” (F1)</i>

2.2.8. Reenquadramento	<i>“(...) comecei a chegar à conclusão que eu tenho de me encaixar. (...) comecei a tentar compreender como ela se sente na sociedade, então (...) se o meu sofrimento é da aceitação porque eu vejo uma filha ... então o meu sofrimento não é nada, (...) Perante (...) o que ele passa (...). (F2)</i>
---------------------------	---

A tabela 7 refere-se à *exploração dos recursos familiares*. Assomam-se pelas vozes dos participantes as categorias *recursos familiares* e *recursos da comunidade*. A categoria *recursos familiares* conforma-se nas subcategorias *crenças familiares*; *comunicação familiar* e *apoio familiar*. A categoria *recursos da comunidade* é constituída pelas subcategorias *apoio de amigos* e *apoio de associações*.

Tabela 7. - Categorias, subcategorias e unidades de registos relativas área temática `exploração dos recursos familiares`

Área temática 3. Exploração dos recursos familiares		
Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
3.1. Recursos do sistema familiar	3.1.1. Crenças Familiares	<i>“Sempre pensei que o mais importante é que os meus filhos fossem felizes. (...) O que é realmente importante acima das aparências (...)” (F1)</i> <i>“Os meus pais são tão homofóbicos, transfóbicos ao ponto de ver um arco-íris e chamar aquilo de propaganda gay, por isso eles não conseguem ver nada que seja sobre isso (...)” (P3)</i>
	3.1.3. Comunicação familiar	<i>“(...) Somos uma família que dá liberdade à expressão (...). Sempre fomos uma família que falou de tudo à vontade, sem tabus ...” (P1)</i>
	3.1.4. Apoio Familiar	<i>“(...) importava mesmo era ser aceite pela minha família, (...) o meio social (...) é importante, mas (...). Quando se tem apoio daqueles que se gosta, o resto não importa (...).” (P4)</i> <i>“(...) o meu pai ... foi um bocado pesado. (...) não aceitou desde o momento que comecei a falar sobre isso e ainda até hoje tenho esse problema.” (P3)</i>

3.2. Recursos da comunidade	3.2.1. Apoio de amigos	“[até á faculdade] (...) Não fiz propriamente amigos [Depois] (...) conheci várias pessoas da comunidade [LGBTI+] e creio que isso ajudou bastante. (...) que por sinal são agora amigas mais próximas.” (P1) “(...) só mais tarde no secundário. Que tive o primeiro amigo que também é gay. E que tive alguma confiança nesse aspeto (...)” (P2)
	3.2.2. Apoio de associações	“Encontrei uma associação que é o Centro GIS (...) já falei com a minha mãe sobre Amplos (...) negou logo, o meu pai riuse na minha cara, (...)” (P3) “(...) acabamos por ter com a associação Amplos (...) foi uma grande ajuda. Principalmente para a [mãe].” (F1)

Na tabela 8 traz-se o reconhecimento das expetativas sobre o papel da equipa, sendo que as vozes enformam diferentes categorias que vão da *facilitação das expressões de género plurais*, passando pela *referenciação, suporte informativo e apoio emocional*. No âmbito do *suporte informativo* é possível diferenciar em *recursos de apoio e percursos de afirmação de género*.

Tabela 8. - Categorias, subcategorias e unidades de registos relativas à área temática ‘reconhecimento das expetativas sobre o papel da equipa’

Área temática 4. Reconhecimento das expetativas sobre o papel da equipa		
Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
* Referentes às pessoas Trans		
4.1. *Facilitação das expressões de género plurais		“Perguntar nas consultas se nos sentimos bem com o nosso corpo (...) estamos preocupados se fazemos a palpação ... mas nós sentimo-nos bem a palpar a nossa mama?” (F3) “(...) a saúde mental é importante para toda a gente. Nós somos uma comunidade que é fragilizada de muitas formas nesse aspeto” (P2)
4.2. *Referenciação		“[referenciação pelo médico de família] (...) já estava a ver os planos Bês, Cês, porque às vezes nem sempre falar com o médico de família funciona (...) mas funcionou.” (P2) “(...) o médico explicou-me que só me podia encaminhar para áreas aqui de [nome da cidade] (...) eu fiquei na ideia que não era possível (...)” (P4)

4.3. Suporte informativo	4.3.1. Recursos de apoio	<i>“(…) informar sobre os recursos existentes: apoio, medidas não médicas.” (EQ)</i> <i>“(…) devem sempre dizer quais são os apoios que há (...) não devem decidir se precisam ou não. (...) depois as pessoas decidem.” (P1)</i>
	4.3.2. Percursos de afirmação de género	<i>“(…) informação (...) como chegar ao Santo António. (...) quanto às opções. O que fazer para tomar essas decisões (...). Quero começar a perceber o que é que existe, o que eu posso fazer para me sentir melhor (...)” (P2)</i> <i>“(…) a minha mãe (...) faz-me perguntas (...) um bocado desconfortáveis (...) se ela tivesse um acompanhamento extra, ela não me faria essas perguntas a mim, (...) e fazia a um profissional (...)” (P2)</i>
4.4. Apoio emocional		<i>“Apoio para enfrentar e poder ajudar o filho (o que fazer, o que não fazer, que não há pressa – sem questionar a certeza da pessoa).” (EQ)</i> <i>“[a família] também tem de ter (...) acompanhamento para saber como é que se lida com as situações, o paciente para saber o que está a sentir ... para saber se há mais pessoas, assim como ela.” (P4)</i>

2.4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Da caracterização dos participantes evidenciaram-se domínios relevantes para a compreensão dos atores que em parceria concebem o processo de cuidados. Das falas e dos silêncios das pessoas Trans, famílias e elementos da EQSF, emergiram dimensões na conceção de cuidados de saúde, assim como, sugestões de melhoria. Estas dimensões configuram-se promotoras da compreensão das situações de ajuste ou adaptação ao processo de desenvolvimento e afirmação da IG Trans, numa lógica ecossistémica (Robinson et al., 2022; Rosa & Tudge, 2013; White et al., 2015) garantindo a centralidade dos subsistemas individual e familiar (*ibidem*, 2022; 2013; 2015), no que se refere aos processos de cuidados de saúde em geral e, em particular, de ESF. No sentido de maximizar o potencial de transferibilidade da reflexão para a melhoria das práticas de cuidados de saúde

procuramos majorar a inteligibilidade do discurso através de tópicos orientadores, sistematizados de seguida.

- Da caracterização dos participantes

Dos aspetos sociodemográficos relativos aos participantes deste estudo emergiu um conjunto de dimensões plurais que importa ter presente na descoberta de sentidos entre quem cuida e quem é cuidado. A *diversidade na autoperceção da IG*, a *idade do autorreconhecimento da IG*, a *diversidade nas medidas afirmativas*, o *contexto de afirmação das pessoas Trans*, o *acompanhamento em saúde mental das pessoas Trans*, a *relevância do género*, *grau de parentesco e IG dos elementos das famílias*, o *acompanhamento da saúde das pessoas Trans e das suas famílias em USF*, a *relevância da IG da equipa de saúde familiar*, o *contacto da EQSF com pessoas Trans e com as suas famílias*, o *contacto reportado pela equipa de saúde familiar com pessoas Trans e suas famílias*, bem como, a *formação da EQSF no âmbito da IG*, são trazidas pelas vozes, das pessoas Trans, das suas famílias e EQSF.

Diversidade na autoperceção da IG

Da caracterização das pessoas Trans participantes neste estudo destaca-se a diversidade de autoperceção de IG (homem/feminina/fluído entre o neutro e homem) num espectro que ao incluir o género neutro suplanta o conceito binário. É entendido por diversos autores (Coleman et al., 2022, Gato et al., 2024) que pela singularidade da IG enquanto vivência interna e pessoal, assim como, pela evolução contínua dos conceitos socioculturais e experiências de género, as pessoas apresentam, cada vez mais, diversidade de IG e formas de descrever as suas experiências e necessidades que lhes estão inerentes. Dados estatísticos referentes, a 2018 e 2023, no Reino Unido, demonstram que as pessoas não binárias representam pouco mais da metade da população Trans daquele país e quanto mais jovens maior a probabilidade de se identificarem como não binárias comparativamente com pessoas com mais de 35 anos (Benato et al., 2024). Assim, um espectro de género tabelado pelas formas binárias não permite representar a diversidade de IG. A relevância deste facto é corroborada por Coleman et al. (2022) que alerta profissionais de saúde para a importância de evitar suposições sobre a IG e de estar disponível para conhecer a perceção pessoal e autorreferida (da IG) como forma de expressar respeito e de adequar os cuidados às reais necessidades.

Idade do autorreconhecimento da IG

O autorreconhecimento da IG Trans das pessoas deste estudo ocorreu a partir da adolescência, em diferentes idades (entre os 14 e os 23 anos). Esta não linearidade é mencionada por diversos autores (Coleman et al., 2022; Gato et al., 2024; OPP, 2023; Macedo, 2024), que se referem aos múltiplos e diferentes percursos que as pessoas podem experimentar quanto à IG. No entendimento dos autores reportados, para algumas pessoas o desenvolvimento da IG é um processo claro desde a infância. Contudo, para outras as mudanças pubertárias podem contribuir para a experiência da própria pessoa com um determinado género ou pode ter início bastante tempo após adolescência até à idade adulta, num processo de desenvolvimento da IG ao longo do tempo (*ibidem*, 2022;2024; 2023; 2024). A construção da identidade psicossocial era já considerada por Erikson (1976) como um processo contínuo desde a infância até ao fim da vida, ocorrendo, porém, fundamentalmente na adolescência. Coleman et al. (2022), em consonância com a teoria do desenvolvimento psicossocial (Erikson, 1976; Ferreira, 2022), salientam que a adolescência é caracterizada pela exploração e por diversos confrontos, nomeadamente com a maturação genital, a incerteza na assunção de papéis e a perceção das outras pessoas. Este período intermédio, que Erikson denominou de 'moratória', permite lidar com estes confrontos e procurar sentidos, autorrealização no reconhecimento mútuo e posição na sociedade, no sentido da construção da sua identidade (Erikson, 1976; Ferreira, 2022). A adolescência parece reunir características que podem favorecer o autorreconhecimento nesta fase. Contudo, Coleman et al. (2022) salvaguardam que a idade, o ritmo e o processo de autorreconhecimento difere em cada pessoa.

Diversidade nas medidas afirmativas

Também a necessidade de fazer alguma, todas ou nenhuma das mudanças de afirmação de género difere em cada pessoa (APA, 2021; Coleman et al., 2022; Macedo, 2024; Moleiro et al., 2020; Saleiro et al., 2022), o que corrobora a decisão por diferentes medidas de afirmação de género tomadas pelas pessoas Trans que participaram neste estudo, quer sociais, quer hormonais e/ou cirúrgicas. Compreender que apesar dos processos de desenvolvimento e afirmação da IG poderem apresentar aspetos comuns, são processos individuais e singulares com ritmos, tempos e necessidades diferentes, é essencial para práticas clínicas centradas nas pessoas e suas circunstâncias.

Contexto de afirmação das pessoas Trans

A totalidade das pessoas Trans afirmaram socialmente a sua IG no ano de ingresso ao ensino superior. Este facto, à luz de Erickson (1976) poderá ser entendido por a fase de entrada no ensino superior poder ter coincido com passagem da 'identidade moratória' para a 'identidade construída' que alia o maior autoconhecimento físico, cognitivo, interpessoal, social e sexual, à maior capacidade de tomar decisões quanto à identidade (*ibidem*, 1976; Ferreira, 2022) e de concetualizar as implicações dessas decisões (Coleman et al., 2022). Alguns estudos sugerem que o ensino superior constitui um contexto propício a que estudantes Trans explorem e autodeterminem a sua IG, através de políticas inclusivas, programas e recursos de apoio, apoio da comunidade académica e da promoção do ativismo. Contudo, estudantes com diversidade de IG continuam a enfrentar desafios relacionados com a discriminação, a segurança física/emocional e a burocracia (Cavanaugh & Luke, 2021; Goldberg & Kuvalanka, 2018; Lange, 2022). Neste contexto, realça-se a importância e o nosso 'acreditar' na implementação de projetos desta natureza nas instituições do ensino superior, à semelhança da abordagem realizada a partir da participação no Demola através do projeto *Link Me Up 1000* e do Petúnia, no IPVC.

Acompanhamento em saúde mental das pessoas Trans

O acompanhamento por psicologia, em algum momento da vida, é transversal a todas as pessoas Trans deste estudo, garantido maioritariamente pelo serviço privado e num dos casos facultado por uma associação. Resultados consonante com os encontrados por Chaplyn et al. (2023) em que 83,3% dos pais procurou terapia e aconselhamento para os filhos, sendo que 71,1% recorreu a psicólogos privados. Importa, no contexto deste estudo e intervenção, destacar o associativismo na área, enquanto recurso mobilizado e a mobilizar, como adiante se evidencia.

A investigação a nível internacional mostra que as pessoas Trans e não binárias reportam que muitos profissionais de saúde mental têm conhecimento e aptidões clínicas insuficientes para lidar com questões relacionadas com as suas identidades (Bartholomaeus et al., 2021). De igual forma, em Portugal foram salientadas as dificuldades na identificação de profissionais de saúde mental culturalmente competentes e atualizados nos processos de afirmação de género, sobretudo no caso das pessoas não binárias. (Saleiro et al., 2022). A literatura evidencia barreiras que impelem as pessoas

Trans a preferir o serviço de saúde público em prol do setor privado de diferente natureza. Coleman et al. (2022) destacam a percepção de dificuldade no acesso aos cuidados mesmo quando estes estão disponíveis, a distância e as longas listas de espera ou o aumento dos custos. Rodrigues et al. (2020) e Saleiro et al. (2022), no âmbito deste assunto, realçam as experiências de preconceito por parte de profissionais, a falta de confiança nos serviços disponibilizados pelo SNS e a deficiente formação dos profissionais de saúde

Relevância do género, grau de parentesco e IG dos elementos das famílias

Da caracterização das famílias deste estudo salientam-se o grau de parentesco (1 mãe, 1 pai e 1 irmã) associado ao género (2 mulheres e 1 homem) e a IG Cis de todos os elementos da família, por terem sido os únicos dados sociodemográficos relativos às famílias que foi encontrada evidência da sua relação com o processo de afirmação de IG e exclusivamente referentes a mães e pais. Fernandes (2022) no seu estudo refere não ter encontrado relação entre os dados sociodemográficos dos pais (idade, IG e orientação sexual, nível de escolaridade, estado civil, situação profissional, nacionalidade e situação financeira). Contudo Bres e Morrison-Young (2024) demonstraram a relevância do género e a IG dos pais das pessoas Trans. Os autores verificaram o impacto das expectativas dominantes de género, na culpa mais fortemente direccionada às mães, comparativamente com os pais, que sofrem o estigma secundário da transfobia. Referem ainda que habitualmente também são as mães que mais assumem e focam toda a sua energia no apoio à afirmação de IG dos seus filhos principalmente nos estádios iniciais, com consequente *stress*, sobrecarga e impacto negativo no sistema conjugal (*ibidem*, 2024). Independentemente do género, a experiência de apoiar um filho Trans pode levar os pais a repensar as suas crenças sobre género. Os autores verificaram ainda que a não normatividade da IG dos pais pode, por um lado, facilitar a compreensão da IG dos filhos, e por outro, fazer-lhes sentir que de alguma forma influenciaram a IG dos filhos. As experiências anteriores dos pais de discriminação relacionada com o género ou orientação sexual podem aumentar a resistência à aceitação da IG Trans dos filhos (*ibidem*, 2024).

Poucos estudos encontrados relacionam dados sociodemográficos da família com aceitação dos seus membros Trans, o que pode ser explicado pelo facto de até ao momento, como referem Bres e Morrison-Young (2024), a pesquisa ser realizada essencialmente em países ocidentais em que os participantes são predominantemente mães brancas de classe média.

No presente estudo, 2 dos elementos das famílias tinham recorrido à unidade de saúde por questões relacionadas com a IG dos seus familiares, em consonância com Bres e Morrison-Young (2024), ao referirem que o perfil racial, de classe e género dos pais que participam nos estudos reflete o perfil de pessoas que recorre a associações, grupos de apoio ou a serviços de saúde, onde são recrutadas. Salienta-se o facto de uma das famílias não se disponibilizar para participar no presente estudo e, pela entrevista da pessoa Trans, parecer haver por parte desta família, ao momento, alguma dificuldade em compreender e aceitar a diversidade de IG. Estes resultados podem sugerir que as famílias que se disponibilizam para participar em estudos estarão mais predispostas para a aceitação da diversidade de IG dos seus familiares, implicando menor conhecimento acerca das famílias não apoiantes ou mais resistentes à aceitação.

Acompanhamento da saúde das pessoas Trans e das suas famílias em USF

Maioritariamente, as pessoas Trans referiram acompanhamento de saúde por MGF, apenas 1 mencionou acompanhamento da saúde com a EQSF, ao contrário dos elementos das famílias que referiram, na sua totalidade, acompanhamento com a EQSF. Este resultado convoca à reflexão sobre a natureza e abrangência do acompanhamento de enfermagem e consequente construção do processo de cuidados com adolescentes e jovens, nomeadamente com IG Trans. Andrade et al. (2018) num estudo com jovens e adolescentes em que não foi considerada a sua IG, apresentaram como diagnósticos de enfermagem mais identificados a baixa autoestima situacional e adaptação comprometida/enfrentamento ineficaz. Sabendo que jovens Trans enfrentam desafios acrescidos comparativamente com os pares Cis e em ambientes ecossistémicos, destaca-se a relevância do acompanhamento de enfermagem no sentido de promover o empoderamento pessoal e familiar para a superação positiva dos constrangimentos e para a consecução do seu máximo potencial de saúde. Alguns autores (Rosa et al., 2019; Sitas et al., 2024) referem que a relação de proximidade das PENF com as pessoas utentes coloca-as numa situação de vanguarda no que se refere à defesa e prestação de cuidados culturalmente seguros com pessoas Trans, assim como, ao desencadeamento de mudanças nesse sentido. Outros autores (Coleman et al., 2022) defendem uma relação contínua de apoio aos pais, nomeadamente pela equipa multidisciplinar, com vista à promoção da aceitação parental e à obtenção de ganhos no âmbito da saúde mental dos jovens.

O acompanhamento da totalidade das famílias do estudo pela EQSF evidencia a relação famílias/EQSF, devendo esta ser perspectivada como uma oportunidade de ampliação e reorientação do foco na família enquanto contexto e cliente para a família como sistema e elemento da comunidade (Robinson et al., 2022). Esta visão abrangente e ecossistémica da família, nos termos propostos por Rosa e Tudge (2013) e White et al. (2015) distingue a ESF e é fundamental para a compreensão da multiplicidade e interrelação de elementos presentes nos processos de adaptação ao longo do ciclo de vida individual e familiar.

Relevância da IG da equipa de saúde familiar

A IG Cis, maioritariamente presente nos elementos da EQSF deste estudo (88,9%), é concordante com reportado na sociedade. Vários autores (Compton & Morgan, 2022; Mollitt, 2022; Saleiro et al., 2022) referem que a dominância da IG Cis pode implicar visões pessoais e profissionais sobre as pessoas Trans, baseadas em suposições e potencialmente preconceituosas, em que imperam os pressupostos cisnormativos. Apela-se à tomada de consciência relativa a preconceitos, ao privilégio inerente a ser Cis e ao seu impacto no desequilíbrio de poder entre pessoas Trans, terapeutas (Compton & Morgan, 2022) e entre pessoas Trans e conselheiros (Salpietro et al., 2019). A consciência de que a PENF transporta para a relação com as pessoas e famílias, as suas crenças, experiências de vida e características pessoais é um pressuposto primordial na ESF (Gotllieb, 2016; IFNA, 2017; Shajani & Snell, 2023). A cisnormatividade é, assim, frequentemente transportada para a relação com as pessoas Trans e com as famílias, evidenciada, entre outras, pela dificuldade em usar pronomes femininos com pessoas que apresentem expressão de género socialmente considerada masculina.

Neste contexto, urge destacar os silêncios da EQSF traduzidos na opção 'não respondo' em relação à identificação da sua IG por 11,1% (n=2) dos seus elementos. Assim, podendo estar relacionados, quer por “moratória” relativa à tomada de consciência recente das implicações na vida das pessoas e famílias, quer por resistência ou mesmo por uma perspetiva de naturalização da questão merecem a nossa atenção no computo global do sentido dos resultados obtidos.

Contacto reportado pela equipa de saúde familiar com pessoas Trans e suas famílias

A minoria dos elementos da EQSF deste estudo (38,9%) referiu já ter tido contacto com pessoas Trans em contexto de trabalho, percentagem que diminui no que concerne ao

contacto com as famílias (22,2%). Os elementos que referiram menor contacto pertenciam ao grupo profissional de PENF e de AT. No estudo de Gomes (2020), verificou-se que 44% de PENF portuguesas de diferentes contextos de trabalho, maioritariamente hospitalar, referiam já ter tido contacto com pessoas Trans no decurso da sua prática profissional. Este resultado é relevante na medida em que as PENF com contacto com pessoas LGBTI+ apresentaram atitudes mais favoráveis e reportaram maior competência na prestação de cuidados neste âmbito (Gomes, 2020). A falta de contacto dos profissionais afasta-os das realidades vividas pelas pessoas Trans, impossibilita a identificação das suas necessidades e das próprias dificuldades comprometendo o processo de cuidados (Rosa et al., 2019). Não é possível conhecer as necessidades das pessoas e das famílias sem estabelecer uma relação com elas (Collière, 2012; IFNA, 2017; Gottlieb, 2016). Este contacto reduzido pode expressar-se na produção científica acerca dos cuidados de enfermagem com as pessoas Trans que segundo Rosa et al. (2019) é incipiente, mais ainda mais quando relacionada com os cuidados com as suas famílias. Assim, este resultado merece reflexão como potencial condicionante para a qualidade dos cuidados de saúde neste âmbito e para o desenvolvimento da ESF. Reforça também a necessidade de desenvolver investigação nesta área de cuidados.

Formação da equipa de saúde familiar no âmbito da IG

Apenas uma minoria dos elementos da EQSF referiu ter tido formação no âmbito da IG (22,2%), pertencendo maioritariamente ao grupo profissional de MGF. Resultados idênticos foram obtidos por Gomes (2020) relativamente a PENF, sendo a insuficiente formação de profissionais de saúde no âmbito da IG amplamente reconhecida e evidenciada em outra literatura (Chaplyn et al., 2023; Coleman et al., 2022; Gomes, 2020; Macedo, 2024; Saleiro et al., 2022).

Destaca-se a diversidade de contextos de formação neste âmbito, sendo maioritariamente reportada no âmbito da prática clínica, seguida da formação académica. Resultado corroborado por Coleman et al. (2022) que referem que a maioria das competências nesta área são adquiridas no contexto de trabalho, quer seja de forma informal ou através de formação contínua, em consequência da insuficiente formação nas diversas fases do percurso formativo dos profissionais de saúde. Estes autores afirmam que os currículos académicos têm ignorado historicamente a formação cultural ou clínica sobre pessoas com diversidade de género. No mesmo sentido, apontaram os resultados da análise aos

programas dos cursos de 1.º ciclo de enfermagem em Portugal realizada por Gomes, (2020) em que ficou patente a ausência quase total de conteúdos específicos sobre orientação sexual e IG nos currículos de enfermagem.

Gomes, (2020) alerta para a associação entre a insuficiente formação idónea sobre IG e a probabilidade acrescida dos conhecimentos dos profissionais de saúde emanarem de fontes de informação não científica e, por tal, mais permeável a concepções erróneas e/ou imprecisas, comprometendo a qualidade dos cuidados. Vários autores (Coleman et al., 2022; Abreu et al., 2022a) recomendam às instituições envolvidas na formação de profissionais de saúde que invistam no desenvolvimento efetivo de objetivos de aprendizagem e competências para a saúde neste âmbito específico.

No nosso estudo, nenhum elemento do grupo profissional AT referiu ter tido formação nesta área. Este resultado é relevante, pois, para além das competências clínicas, esta temática exige sensibilização e consciencialização, transversal a todos os elementos das equipas multidisciplinares e grupos profissionais dos seus próprios preconceitos e atitudes bem como dos outros elementos ecossistémicos sobre o impacto na vida e na saúde das pessoas Trans e das suas famílias. De facto, importa tomar consciência que os elementos da EQSF estão expostos à visão social dominante e à influência de normas estereotipadas, crenças e valores culturais e religiosos (Bres & Morrison-Young, 2024), potenciando a probabilidade das mesmas se refletirem na sua práxis. A literatura (Coleman et al., 2022), recomenda formação a todas as pessoas que integram equipas de cuidados de saúde de cariz anual ou contínua sobre 'consciencialização cultural' no âmbito da diversidade de IG, com o objetivo de promover o acesso a cuidados de saúde de qualidade e solidários

- Dimensões relevantes na conceção dos cuidados de saúde com as pessoas Trans e as suas famílias

A partir dos discursos dos participantes configuram-se quatro dimensões relevantes na conceção dos cuidados de saúde com as pessoas Trans e com as suas famílias: *criação de espaço de partilha; escuta das vivências nos processos de afirmação da IG Trans; exploração dos recursos familiares e reconhecimento das expectativas sobre o papel da equipa*. Dimensões que, nas perspetivas respetivamente de Toney-Butler et al. (2023) e Shajani e Snell (2023), se encontram alinhadas com o PE e com a entrevista familiar. Correspondem no âmbito da última (entrevista familiar) às etapas de avaliação e envolvimento com ênfase no acolhimento, escuta e exploração como formas de

desenvolvimento da relação terapêutica e colaborativa de modo a garantir o planeamento de intervenções com vista à facilitação das mudanças.

- Criação de espaço de partilha

Na *criação de um espaço de partilha* são privilegiados o *acolhimento* e a *relação de confiança*, (co)construídos na interação entre EQSF, pessoas e famílias e fundamentais para a conceção dos cuidados assentes numa abordagem colaborativa.

No presente estudo, o *acolhimento* emerge essencialmente do discurso da EQSF, que traz a si a responsabilidade da criação de um espaço que propicie a partilha, valorizando a privacidade quer em ambiente da consulta quer na sala de espera. Consideram fundamental “*fazer da consulta um lugar seguro e tranquilizador para a pessoa (...) promover o respeito pela privacidade (...) não interromper as consultas (...)*” alertando para o facto de “*a presença de (...) pais e parceiros, pode tornar mais difícil falar abertamente sobre a IG.*” (EQ). Em consonância com o reportado, Saleiro et al. (2022) refere que, sobretudo a população mais jovem, considera um problema a exposição da sua situação a um profissional que atende toda a família. A falta de privacidade é uma preocupação que a EQSF estende à sala de espera quando se refere ao “*momento da chamada do utente na sala de espera, com outras pessoas que não tem conhecimento da sua identidade de género*” [como acontece, por exemplo, na chamada de um nome feminino a uma pessoa que apresente características físicas ou de expressão habitualmente associadas ao masculino]” (EQ). Salienta-se a importância de os serviços públicos introduzirem medidas que facilitem a anonimização das pessoas na sala de espera nomeadamente, o quiosque eletrónico disponibilizado, por exemplo, pelo ACeS do Alto Minho. As diretrizes internacionais (Coleman et al., 2022) recomendam, ainda, a implementação de medidas que assegurem a privacidade e o direito à confidencialidade incluindo como a pessoa prefere ser identificada (nomes e pronomes) e em que contextos pretende que essa identificação seja usada.

A importância conferida ao acolhimento nos diferentes ambientes dos serviços de saúde é consonante com o entendimento de que o acolhimento é construído de forma coletiva e colaborativa a partir da avaliação da prática e dos resultados decorrentes da construção de relações de confiança e compromisso entre equipas, pessoas e famílias (Shihadeh & Da Silva, 2021). O acolhimento, inerente à fase de envolvimento da entrevista familiar é, na perspetiva de alguns autores (Figueiredo, 2023; Shajani & Snell, 2023) propicio ao

conforto das famílias e ao estabelecimento de uma relação de confiança facilitadora da (co)construção e manutenção de uma relação colaborativa e terapêutica

A *relação de confiança* emerge das falas de uma pessoa Trans, mediada pela relação prévia da mãe com os profissionais de saúde e condicionada pelo não uso do nome social: “(...) *questões de ginecologia, vou a médica conhecida da minha mãe, porque (...) se ainda não estiver mudado no cartão de cidadão, tens (...) de ouvir o nome antigo. (...) facilmente esta médica me punha numa consulta sem ter que passar por isto.*” (P1). Os resultados são corroborados por Shihadeh e Da Silva (2021) onde os participantes argumentam o seu afastamento dos serviços de saúde para evitar constrangimentos ligados à expressão de género e ao nome social e, na sua maioria, destacam a importância do acolhimento humanizado. Numa perspetiva ecossistémica, este resultado evidencia a importância da relação da EQSF com a família e com os outros sistemas que interagem com as pessoas e as famílias na otimização e mobilização dos recursos familiares essenciais aos processos de ajuste e adaptação ao stress. Evidencia, também, a relevância da abordagem afirmativa que expressa reconhecimento da diversidade pelo uso de uma linguagem inclusiva. As orientações internacionais (Coleman et al. (2022), corroboram estes resultados, ao recomendarem que profissionais de saúde perguntem às pessoas com diversidade de IG como é que gostariam de ser tratadas, em termos de nomes e pronomes e como é que se autoidentificam em termos de género.

Assumir repetidamente a IG perante profissionais de saúde é percecionado como constrangedor para uma pessoa Trans deste estudo, tendo sido facilitadora a relação de confiança da mãe com a EQSF, como é evidenciado no seu discurso: “(...) *a minha mãe tem confiança com elas [enfermeira e médica] (...) foi ela que contou, nunca tive de passar por isso, mas imagino que seja sempre complicado o ter que se assumir ser Trans sempre que se faz consultas com alguém novo. (...)*” (P1).

É, assim, imprescindível a introdução de medidas que permitam o registo nos sistemas de informação e o fácil acesso ao nome social, pronomes, género com que se identifica e IG da pessoa, garantindo a continuidade de cuidados personalizados e minimizando a repetição destas questões. Nesse sentido, sugeriu-se às associações Amplos e Anémoma, o exercício de *lobbying* junto do grupo de acompanhamento da implementação da estratégia de saúde para as pessoas LGBTI+ para que se consiga esta melhoria nos sistemas de informação.

Como referem Coleman et al. (2022) experiências negativas anteriores levam ao sentimento de insegurança e à falta de confiança fazendo com que as pessoas com diversidade de IG evitem os cuidados de saúde. Esta afirmação é consonante com os resultados do estudo, realizado por Gervais et al. (2020) com famílias em geral (não aborda a IG) que referiram que o acolhimento, as atitudes de abertura e interesse da PENF e o respeito pelas diferenças as ajudou a sentirem-se confiantes e capazes de falar sobre a sua experiência. A percepção de apoio e encorajamento por parte da PENF fê-los sentirem-se menos sozinhos para enfrentar a sua situação, evidenciando a importância da ESF no apoio nos processos familiares adaptativos. Coleman et al. (2022) defendem ainda a construção de uma relação alicerçada em `conversas`, apresentando o diálogo como redutor da desconfiança sentida por muitas pessoas com diversidade de IG em relação aos profissionais e serviços de saúde. Os autores consideram que a utilização de linguagem ou terminologia adequadas são facilitadores do envolvimento e da permanência das pessoas Trans nos cuidados de saúde, nomeadamente no que se refere à vigilância da saúde pela realização de rastreios. Entendimento que nos remete para a centralidade das conversas terapêuticas na prática deliberada da ESF, impreterivelmente sensíveis à linguagem e cultura nos termos da literatura e das declarações internacionais (Bell, 2016; IFNA, 2017; Shajani & Snell, 2023).

Assim, a criação de espaços que propiciem a partilha favorece a *escuta dos sentimentos e emoções* das pessoas e famílias ao longo dos seus processos de afirmação de IG Trans, permitindo conhecer a avaliação que fazem da situação (mais ou menos gerível, ameaçadora ou desafiante) bem como as estratégias usadas para lidar com a situação e a eficácia percebida em torno das mesmas. Estes elementos são de relevância extrema na medida em que se constituem parte integrante dos processos de ajuste e adaptação ao *stress* e preditores de resultados mais ou menos adaptativos (Brown-Baatjies et al., 2008).

- Escuta das vivências nos processos de afirmação da IG Trans

Os *sentimentos e emoções* e as *estratégias de coping* referentes às pessoas Trans e famílias, emergem exclusivamente das falas das pessoas Trans e das suas famílias. Resultado que nos leva a interpelar sobre os processos intencionais de intervenção na promoção dos fatores psicossociais e consequentemente sobre o papel da equipa em geral e da ESF em particular, na promoção do ajustamento, adaptação e empoderamento das pessoas Trans e das famílias na busca das melhores soluções para as suas emoções,

necessidades e respostas adaptativas. Escutar as vivências das pessoas Trans e das suas famílias, os seus silêncios, expressões e como deixam perceber as suas preocupações ou o que consideram ser os seus problemas permite compreender as suas frustrações, dilemas e aspirações, como referem diferentes autores (Figueiredo, 2023; Shajani & Snell, 2023; Wright & Leahey, 2018). Esta compreensão é essencial para conhecer a avaliação que fazem da existência da IG Trans na família, o significado e o grau de tensão que lhe conferem, bem como as estratégias ou comportamentos que adotam para minimizar ou resolver as dificuldades que percecionam. São elementos preditores de resultados adaptativos mais ou menos positivos, pelo que o seu conhecimento é fundamental na conceção de cuidados orientados para a promoção e facilitação destes processos.

Este estudo traz a debate um ‘mundo’ de sentimentos e emoções, ainda que experienciados com especificidades no que se refere a pessoas Trans e no que se refere às suas famílias.

Sentimentos e emoções referentes às pessoas Trans

O desenvolvimento da IG é um processo construído na interação dinâmica entre a experiência pessoal e o contexto social (Macedo, 2024; OPP, 2023; Sansfaçon et al., 2020), onde os serviços de saúde e de saúde familiar se inscrevem, ao longo de cinco fases que progridem de um sentimento de confusão até à consolidação e revelação generalizada da IG (Gato et al., 2024). Fases que se evidenciam pelos *sentimentos e emoções* expressos pelas pessoas Trans e pelas famílias deste estudo. Sentimentos e emoções referentes às pessoas Trans, que sucedem ao longo do seu processo de afirmação de género, designadamente de *naturalidade*; *confusão*; *(des)conforto com a imagem corporal*; *sofrimento psicológico* e de *liberdade e felicidade*.

Ao recordar a infância, as pessoas Trans e as suas famílias, coincidem ao referir que a IG Trans surgiu com *naturalidade*. Reconhecem que desde sempre existiram sinais de IG Trans, sentidos pelas próprias, percebidos pelos elementos da família como intrínsecos à pessoa e relacionados com a expressão de género, como se depreende dos seus discursos: “(...) sempre vivemos com isto de certa forma, na nossa cabeça (...)” (P1), “(...) não é uma escolha dele, é uma coisa que sente, e no fundo já nasceu com ele.” (F3), “(...) desde sempre, vestia coisas de rapaz, nunca quis aquelas coisas mais femininas.” (F1). O que se entende pelo fato da IG Trans poder estar presente desde muito cedo no

desenvolvimento infantil, assim como a necessidade de a exprimir e de a afirmar (Coleman et al., 2022; Gato et al., 2024; Macedo, 2024).

Para uma pessoa Trans deste estudo, a sua IG esteve “(...) *lá desde a minha infância. (...) não questionava, (...) não havia conceitos (...)*” (P2). Pode-se entender que enquanto não são conhecidos ou percebidos os conceitos que socialmente determinam a IG o questionamento não se coloca porque não há nada para questionar. Como referido por Macedo (2024), quando a IG encaixa nos padrões sociais passa tão despercebida que nem sequer é lembrada, ao contrário do que acontece com a IG Trans em que a afirmação de género assume um aspeto fulcral no desenvolvimento e na sociedade. Só mais tarde, no confronto com as expetativas estereotipadas de género é que a IG se assume como uma questão central que gera um sentimento de *confusão* na pessoa Trans.

Estarei confuso? ` (P3) é a questão que uma pessoa Trans colocou a dado momento da sua vida, referindo que (...) *costumava duvidar até da minha vontade (...) naquele conflito de ... será uma fase? Estarei confuso?*” (P3). Este sentimento de confusão é comum e está relacionado com o fato de a pessoa ter a perceção que não corresponde às expetativas sociais de género (Gato et al., 2024). Habitualmente o género não é questionado, assumindo-se à partida que todas as pessoas se identificam com o sexo e/ou o género que lhe foi atribuído à nascença. Este fato pode contribuir para que as famílias e até as pessoas Trans coloquem em dúvida a IG Trans (Silva, 2021).

O *(des)conforto com o corpo e/ou expressão de género* só não é mencionado por uma pessoa que refere “(...) *nunca estive desconfortável com a minha imagem (...) a roupa era a que uso agora.*” (P1). As outras pessoas e familiares focaram o desconforto com as mudanças corporais que ocorrem na adolescência: “*começa a haver mudanças, que se calhar são indesejadas, (...) querer umas que não vamos ter (...)*” (P2) e “(...) *queria tirar as mamas, mas desde sempre. As costas, a ginástica, correr [dizia] porque é que eu não sou tábuia?*” (F3).

Estes discursos remetem-nos para Merleau-Ponty, (1999, p. 114), quando refere que a “(...) *consciência do corpo invade o corpo, a alma se espalha em todas as suas partes, o comportamento extravasa seu setor central*”. O corpo assume centralidade na comunicação com o mundo, de tal maneira que a tomada de consciência do próprio corpo é feita nessa relação com o mundo e a consciência do mundo é feita através do corpo (*ibidem*, 1999). É na interpelação com o mundo que se exploram formas de procurar o

encontro entre o corpo vivido e o corpo sentido. Uma dessas formas é a utilização de materiais de compressão mamária, muitas vezes, traumáticas para as pessoas Trans: “(...) *está com as bandas, está deformado.*” (F3), “(...) *usa aquele colete tão apertado (...) às vezes quer respirar e já não consegue (...)*” (F2), “(...) *andava com as coisas para apertar o peito [mais tarde fez] a mastectomia.*” (F1).

Coleman et al. (2022) e Peitzmeier, et al. (2017), referem o enfaixamento do peito (*binding*), a ocultação genital (*tucking*) e o enchimento genital (*packing*) como intervenções reversíveis, que podem ajudar a aliviar o desconforto sentido com o corpo. Jovens relatam muitos benefícios do *binding*, nomeadamente maior segurança e menores taxas de engano na IG autodeterminada (*misgendering*). Os impactos negativos do *binding* para a saúde são mais frequentes em jovens e incluem dor nas costas, no peito, dispneia e sobreaquecimento. Os mais graves são pouco frequentes e estão, por norma, associados a pessoas adultas e incluem infeções cutâneas, respiratórias e fraturas de costelas (*ibidem*, 2022; 2017). Maioritariamente as pessoas Trans aprendem sobre *binding* em comunidades *online*. Contudo, os autores recomendam aos profissionais de saúde a informação sobre estas práticas, incluindo uma análise dos riscos e benefícios. Esta é uma medida frequentemente utilizada como evidenciado nos estudos de Coleman et al. (2022) e Peitzmeier, et al. (2017) em que, respetivamente, 87% e 79,5% das pessoas transmasculinas relataram antecedentes de *binding*. Porém, neste estudo foi uma temática que emergiu exclusivamente pelas falas das famílias. O silêncio das pessoas poderá ter múltiplas razões, mas importa escutá-lo. Pode estar relacionado com receio de julgamento, necessidade de esconder lesões ou sofrimento psicológico em relação ao próprio corpo ou com a necessidade de fazer mudanças que lhes permitam `ser quem sentem que são`.

O *sofrimento psicológico* foi relacionado com a angústia, com a incompreensão e com o sentimento de esvaziamento do seu próprio ‘eu’, como se pode perceber nas falas dos participantes: “(...) *solidão (...) não ser compreendida (...) comecei a me sentir mal (...) a dizer, isto não sou eu (...)*” (P4); “*Na verdade, foi uma altura da minha vida (...) em que eu era menos eu. Estava só ali. (...) não podia demonstrar qualquer tipo de individualidade (...)*” (P2). A disforia de género caracteriza-se pelo desconforto e angústia persistentes que podem ser vivenciados por algumas pessoas Trans, causados pela discrepância existente entre a IG auto percebida e o sexo ou género que lhe foi atribuído

à nascença, os papéis de género a ele associados e/ou os caracteres sexuais primários e secundários (Coleman et al., 2022; Portugal, 2019).

Aliadas ao sofrimento psicológico destacaram-se as perturbações da saúde mental relacionadas com a ansiedade e a tentativa de suicídio: “*nessa altura andava muito mal, (...) Com muita ansiedade, (...) comecei a ser medicado e ajudou bastante.*” (P3); “*(...) chegou a ter muitos ataques de pânico. (...) tentou cortar uma vez os pulsos.*” (F3). Estes resultados são corroborados pela literatura, em que as pessoas jovens Trans têm um risco 2 a 3 vezes maior de sofrer de ansiedade e depressão, comportamentos autolesivos, ideação e tentativa de suicídio comparativamente aos pares cisgénero (OPP, 2023; Saleiro et al., 2022). Estas perturbações da saúde mental são mais prevalentes em pessoas Trans que não tiveram acesso a medidas de afirmação de género (Coleman et al., 2022). Macedo (2024) salienta que para um adequado desenvolvimento físico, mental e social das pessoas Trans é fundamental explicar a todas as crianças que a diversidade é positiva. a ESF em interação com as pessoas e famílias ao longo do ciclo de vida e em articulação com outras unidades e entidades tem um papel determinante, neste âmbito.

O sentimento de *liberdade e felicidade*, como consequência da afirmação, foi mencionado pelos participantes, como se percebe quando uma pessoa afirma “*(...) agora sim, (...) sinto-me em liberdade*” (P4). A totalidade das pessoas Trans deste estudo revelaram a sua IG no ensino superior, 3 delas no ano de ingresso. Os participantes reconhecem aspetos positivos na afirmação relacionados com o apoio de amigos, com mudanças na imagem e com impacto no sucesso escolar: “*(...) na faculdade, sim. Fiz amizades, senti-me mais livre, mais feliz, (...)*” (P1); “*(...) [quando cortou o cabelo] a felicidade de se ver. Mais próximo daquilo que ele sentia que era.*” (F1); “*Houve uma fase escolar que foi muito negativa (...) e agora são dezanoves, vintes ... encontrou-se, (...) porque está (...) muito mais feliz.*” (F3). Um familiar afirma que “*A pessoa é a mesma (...) exatamente a mesma só que mais feliz, (...)*” (F1). Este sentimento é congruente com a fase de aceitação da IG e em que a pessoa começa a explorar as opções quanto à revelação e às medidas afirmativas, progredindo para a consolidação da IG (Gato et al., 2024).

As pessoas jovens Trans têm maior probabilidade de sofrer processos de vitimização na escola, com taxas mais elevadas de absentismo escolar e piores resultados que os seus pares Cis (Day et al., 2018). Segundo Coleman et al. (2022) a aceitação e a afirmação estão associadas a menos sintomas negativos relativos à saúde mental e a um

funcionamento mental e comportamental mais positivo, sendo diretamente proporcional ao número de contextos em que se verifica essa aceitação e afirmação (casa, escola, trabalho e pessoas amigas). O *coming out*, como refere Silva (2021), pode ser profundamente libertador.

Sentimentos e emoções referentes às famílias

O processo de afirmação da IG da pessoa Trans foi experienciado pelas famílias também como um processo gradativo, gerador de *sentimentos e emoções* que foram de *choque; negação; preocupação; luto e medo do coming out*.

Para as famílias a afirmação da pessoa Trans pode ser “(...) *uma novidade*.” (P1), mas sobretudo um *choque* como se percebe pelas falas de um participante deste estudo ao referir “(...) *a minha mãe não aceitou muito bem (...) tipo um choque (...)*” (P4). A totalidade das famílias consideraram que a homossexualidade seria mais facilmente entendida: “(...) *essa questão de ter um filho gay ou uma filha lésbica é mais fácil de digerir do que a de agora, (...) é um choque (...)*” (F2); “(...) *disse que se considerava lésbica (...) eu disse ... ai por amor de Deus, há coisas piores na vida, assustava-me mais se tu disseses que agora querias ser rapaz (...) anos mais tarde ela diz isto (...)*” (F3) e “*Eu e a [mãe] até já tínhamos pensado em homossexualidade*” (F1).

Estes resultados são consonantes com o referido por Silva (2021) que aponta para a surpresa e choque como a primeira reação da família na maioria dos casos. Também no estudo de Sansfaçon et al. (2019) os pais referiram ter ficado surpresos e consideraram a revelação inesperada apesar de terem visto os sinais de não conformidade de género. Mesmo quando desde criança a pessoa apresente preferências, comportamentos ou expressão de género socialmente associadas ao género que não lhe foi atribuído à nascença, é frequente a família confundir conceitos de IG e orientação sexual (Silva, 2021). Alguns pais do estudo de Sansfaçon et al. (2019) referiram que não conseguiam acreditar que estava a acontecer com eles e sentiram-se aturdidos pela sobrecarga que a situação acarretaria.

A surpresa e a dúvida podem levar a que as famílias reajam negativamente à situação, ou entrem mesmo em negação entendida como a dificuldade na mudança de perspetiva (Silva, 2021). A *negação* da IG Trans esteve presente nas famílias do estudo, como é perceptível nas falas de participantes “(...) *nós [família] tivemos um ano assim, um*

bocadinho em marés, assim a ignorar o assunto.” (P4). Como referido, as famílias consideraram que se tratava de uma fase “(...) *É uma fase, (...) os adolescentes têm essas dúvidas.*” (P3) e “(...) *é uma fase decerto (...) mas tens a certeza?*” (F3). Cerca de um quarto dos pais integrados no estudo de Sansfaçon et al. (2019) descreveram reações semelhantes à descrença relacionada com dúvidas sobre a autenticidade da IG dos filhos. De igual modo, Coleman et al. (2022) referem-se às dúvidas familiares relacionada com a estabilidade ao longo do tempo da IG autorreferida.

Embora outras famílias reconhecessem que a IG Trans estava presente desde a infância, ignoraram os indícios como indica um participante ao mencionar que “*Aos 9 anos, houve uma altura que pedi para me tratarem por um nome masculino, mas ninguém ligou nenhuma, então desisti (...)*” (P1) e resistem em falar sobre o assunto “(...) *já lidamos com isto há muito tempo. [mas eu] ainda fujo muito com o rabo à seringa neste tipo de conversas.*” (F3). Coleman et al. (2022) afirmam que respostas alegadamente ‘neutras ou indiferentes’ à diversidade e exploração de género de uma pessoa jovem, designadamente, não usar o nome social, esconder de familiares próximos, podem aumentar os sintomas depressivos. Os participantes do estudo de Sansfaçon et al. (2019) reconheceram que o uso de nome e pronomes corretos com os seus filhos, estimulou outras pessoas a fazerem-no também.

A questão ‘será uma fase?’ que é transversal às pessoas e às famílias deste estudo e surge também no estudo de Sansfaçon et al. (2019). Segundo Silva (2021) a dúvida ocorre principalmente no caso de crianças e jovens. A autora alerta para o facto de que para a família o processo inicia-se no momento da revelação, mas a pessoa Trans, em geral, quando decide revelar já passou por um período longo de questionamento interior.

A *preocupação* com o sofrimento e o futuro da pessoa Trans foi evidenciada pelos participantes. O sofrimento por transfobia é realçado nos discursos: “(...) *a minha mãe estava com (...) receio...vais te magoar, podes sofrer transfobia (...)*” (P4); “(...) *tínhamos muito medo de que isto podia ser (...) como lhe aconteceu no liceu. Que todas as pessoas o rejeitaram (...)*” (F2). Um elemento da família manifesta preocupações relacionadas com o futuro “(...) *tens de atingir um objetivo económico de independência (...) começar com operações (...) vais atrasar a tua vida, (...) tiras a licenciatura e acabas (...)*” (F2).

As preocupações relacionadas com a segurança e antecipação das dificuldades e do sofrimento que a pessoa Trans possa vir a enfrentar é mencionada por diversos autores (Sansfaçon et al., 2019, Silva, 2021). Os autores referem que as famílias estão cientes das dificuldades que as pessoas Trans estão sujeitas devido à transfobia e receiam que estas possam ser vítimas de violência.

Alguns participantes referiram-se ao *sentimento de luto* vivido pelas famílias, como se evidencia nas suas falas: “(...) *há um luto (...) a pessoa é a mesma e nada muda, mas de certa forma muda porque as pessoas (...) acabam por ter de reformular a ideia que tem sobre essa pessoa (...)*” (P1) e “*é como se fosse uma pessoa a morrer; é uma identidade a morrer (...)*” (P4). Silva (2021) refere que a família sente a necessidade de passar por um processo muito idêntico aos processos de luto. Trata-se de um ‘luto’ essencialmente relacionado com as expectativas criadas para os filhos. As famílias sentem que perderam o filho ou a filha que tinham e as expectativas que criaram para eles relacionada, por exemplo, com o casamento dos filhos ou ter netos. Contudo a autora apela à esperança, pois, refere que apesar de este processo ser inicialmente difícil, gradualmente e influenciada pelo visível bem-estar da pessoa Trans e pelos laços criados devido ao apoio e acompanhamento das famílias, leva a uma relação mais positiva e mais unida. No estudo de Sansfaçon et al. (2019) o luto foi mencionado pelos pais participantes e considerado como o maior desafio.

O *medo do coming out* emergiu em todas as entrevistas, relacionado com a família alargada e com o emprego. O medo da revelação com a família alargada destaca-se nas expressões dos participantes deste estudo: “(...) *a minha mãe tinha bastante medo de como a minha avó iria reagir, de como as pessoas onde ela vive iam reagir (...)*” (P1); uma mãe refere “(...) *já comecei a introduzir, (...) mais à minha mãe, devagarinho (...)*” (F2) e uma irmã reconhece a dificuldade em contar aos seus amigos e à sua família alargada “(...) *eu não tenho essa força. Como é que suposto agora lidar e dizer (...) Todos os meus amigos a conhecem, (...) a família seja o que for, como é que é suposto nós também lidarmos com isto.*” (F3).

Relativamente à revelação no emprego, uma mãe conta um episódio que levou os colegas de trabalho a “*olharam para mim “tu tens um filho?” ... e pronto, agora já sei que não tem coragem de dizer, mas vai ser um zunzum... porque eu já notei.*” (F2). O desconhecimento da reação das outras pessoas e o temor de que seja negativa ou até de

rotura leva à insegurança da família bem como da própria pessoa Trans em expor a situação a outras pessoas, como refere Silva (2021). Contudo, a autora também considera que o afeto que as une ajuda a ultrapassar reações menos positivas.

Estratégias de coping utilizadas pelas pessoas Trans

As pessoas Trans referiram várias estratégias para fazer face à tensão e ao desafio que o processo de afirmação de IG Trans pode constituir, a saber: *`viver` a IG no anonimato, tentar corresponder às expectativas, isolamento, ocultação e afirmação.*

As *estratégias de coping* são as formas ou mecanismos que as pessoas usam para enfrentar e gerir o *stress* causado por situações adversas, frequentemente de modo inconsciente e nem todas adaptativas (Bondarchuk et al., 2023).

Macedo (2024) descreve que habitualmente, numa fase inicial, as crianças manifestam a IG Trans por comportamentos e preferências conferidas ao género oposto ao que lhes foi atribuído ao nascimento e, em seguida, procuram exprimir o género com o qual se identificam, designadamente através da roupa, do corte de cabelo e de brinquedos preferidos. Este entendimento vem de encontro ao descrito por pessoas participantes neste estudo, quando referem que nesta fase *vivem a sua IG no anonimato* no computo dos jogos *online* e do imaginário “(...) *dizia sempre que era rapaz (...)*”, e quando sonhava pedia, “(...) *que quando acordasse, fosse um rapaz (...)*” (P1) e outra pessoa refere que “(...) *punha coisas debaixo das camisolas (...)* *dizia que tinha maminhas (...)*” (P2).

Outros participantes referiram o esforço da pessoa Trans em *tentar corresponder às expectativas* no que consideravam socialmente expectável e na procura de “(...) *mais validação social (...)* *via o que as outras meninas faziam, tinha de fazer igual, (...)*” (P4). Este esforço e o sentimento de desistência que se seguiu é referido pelos familiares quando recordam o discurso das pessoas Trans “(...) *tentei moldar-me às pessoas, (...)*, *tentei modificar a minha maneira de ser ... nunca as pessoas estão satisfeitas (...)*” (F2) e “(...) *quero ser inserida. (...)* *desde o primeiro ano, cansou no secundário...tipo, já esgotei, já chega, não vou agradar mais a ninguém.*” (F3). Estes resultados podem estar relacionados com o que Gato et al., (2024) descrevem como um conflito interno que ainda pode estar presente, forçando as pessoas a adotarem expressões de género concordantes com as determinadas pela sociedade. Pode também estar relacionado com a consciência

dos desafios que a afirmação de uma IG não normativa implica na sua vida e com a necessidade de ponderar se tem a capacidade de os enfrentar (Gato et al., 2024).

O isolamento foi a estratégia utilizada por uma pessoa Trans, referida pela irmã: “(...) [referente à pessoa Trans] *preferia estar sozinha, dizia 'eu não tenho amigos, eu tenho colegas de turma (...) não me importa, a minha vida é aqui' [em casa] (...)*” (F3).

Por medo de exposição no seio familiar e nos ambientes sociais em que vivem as pessoas Trans remetem-se, frequentemente, para o silêncio e sofrimento solitário que contribuem para que ‘guardem’ os seus constrangimentos e até denúncias, num ciclo que as (re)vitimiza (Shihadeh & Da Silva, 2021).

Para evitar a exposição, duas pessoas Trans optam pela *ocultação* da sua IG dos profissionais de saúde e da sociedade em geral como se pode entender pelas suas falas: “ (...) *entrar num consultório e dizer ... olhe, o meu nome não é [nome morto] é [nome social] sou um rapaz, não sou uma mulher e depois sentir aquele desconforto de muitas vezes ... um olhar questionador, por isso (...) quando entro (...), muitas vezes sou a [nome morto] e saio do consultório e volto a ser o [nome social] (...).*” (P 3) e “[o uso do nome social ou mudança do nome no cartão de cidadão]. (...) *de um ponto de vista social, (...), se calhar me ia deixar em situações mais desconfortáveis do que só deixar assim, para já. (...)*” (P2).

A ocultação da IG relacionada com a antecipação de situações preconceituosas nos diversos contextos de vida em geral e em contexto clínico em particular, é amplamente referida na literatura (APA, 2021; OPP, 2023; Rodrigues et al. 2020; Saleiro et al., 2022; Sequeira et al., 2020). No estudo de Sequeira et al. (2020), 46% das pessoas Trans revelaram que ocultaram intencionalmente a sua IG de profissionais de saúde, sendo a probabilidade de isso acontecer maior em pessoas adultas do que entre jovens com maior perceção de apoio dos pais.

Enfatiza-se a importância da abordagem afirmativa dos profissionais, por se constituir potenciadora da relação de confiança e da criação de condições para que as pessoas se sintam à vontade para divulgar informações pessoais relevantes para a saúde.

A *afirmação* surge pelas vozes dos participantes na forma de tomada de decisão de enfrentar a família e a sociedade para poderem viver em coerência com a sua IG: “(...) *quer aceite, quer não aceite, quer respeite ou não respeite eu vou viver uma vida diferente do que ela quer que eu viva.*” (P3), “(...) *porque vou estar a sujeitar-me a uma situação*

que sei que não é verdade (...) transfobia posso sofrer em qualquer momento da minha vida. (...) tinha de enfrentar (...)” (P4).

Estes discursos inscrevem-se na fase de aceitação plena da IG, descrita por Gato et al. (2024), em que a pessoa sente a necessidade de uma nova identidade social, pondera as implicações do *coming out* e toma a decisão de o fazer. Nesta fase, em particular, é muito importante o apoio da EQSF às pessoas e famílias em articulação com outros profissionais, pelo potencial impacto na forma como a afirmação é vivida.

Estratégias de coping utilizadas pelas famílias

Para lidar com o processo de afirmação da pessoa Trans, as famílias consideraram importante *dar tempo, seletividade na revelação e reenquadrar a situação*.

Dar tempo às famílias foi considerada essencial para estas enfrentarem a situação. Como referem, “[o] *tempo é a melhor coisa para a adaptação. (...) todos nós precisamos desse tempo, não é só o [filho] que precisava do tempo (...)*” (F1) e “*(...) foi-me dito para lhes dar tempo e também para dar tempo a mim (...) compreendi isso.*” (P3). Para as famílias, nem sempre é fácil aceitar mudanças como a alteração da expressão de género, e compreender de imediato a necessidade de a pessoa Trans realizar essas mudanças. Por isso, ‘dar tempo’ permite à família processar as suas preocupações e sentimentos e assimilar a nova informação (Coleman et al., 2022; Silva, 2021), sendo identificado como um elemento necessário do processo de aceitação para a maioria dos pais noutros estudos (Sansfaçon et al., 2019). Neste ‘tempo’, habitualmente a família procura informações sobre diversidade de IG e, se não for um processo de neutralidade ou rejeição que também pode ser temporário, reúne a energia necessária para desenvolver atitudes no sentido da aceitação (Coleman et al., 2022).

A *seletividade na revelação* é uma estratégia usada pelas famílias bem visível nos seus discursos: “*Eu optei por na altura partilhar isso com os meus amigos e com alguns colegas, mais próximos. (...)*” (F1) e “*(...) eu contei à minha irmã (...). Acho que falou com o marido dela (...)*” (F2).

De acordo com a evidência existente, é frequente as famílias optarem por revelar a IG de forma seletiva e progressiva, iniciando pelas pessoas de maior confiança e que lhes transmitem maior segurança (Gato et al., 2024). Contudo, pode acarretar algum desconforto para a pessoa Trans: “*(...) fiquei durante uns tempos sem (...) ir lá [à família*

alargada], *para ninguém saber (...) como um segredo, algo que se devia ter vergonha.*” (P1). A opção por esconder de familiares próximos pode fazer com que a pessoa Trans sinta que não é aceita plenamente pela família e não perceba o apoio familiar, o que pode aumentar os sintomas depressivos (Coleman et al., 2022).

O *reenquadramento* relaciona-se com a conclusão, por parte da família, de que o importante é que as pessoas Trans sejam felizes e que a solução passa por enfrentar e respeitar. Após os primeiros sentimentos e a afirmação das pessoas Trans, algumas famílias reequacionaram as prioridades, como se percebe nos seus discursos: “(...) o mais importante é que os meus filhos fossem felizes. Pus sempre a felicidade dele acima de tudo. (...) quais são as prioridades. (...)” (F1) e “Queríamos é tentar ajudar (...) eu não quero ser igual aquela mãe [pessoa conhecida que não tinha apoiado o filho] (...)” (F2). A felicidade dos filhos surge como uma prioridade. Uma mãe relativiza os seus próprios sentimentos ao dizer “(...) se o meu sofrimento é da aceitação porque eu vejo uma filha, então o meu sofrimento não é nada (...) perante (...) o que ele passa (...) a minha dor, a minha dor de quê? está vivo (...) só tenho de aceitar, (...)” (F2).

O *reenquadramento* permite uma mudança de perspetiva, passando da negação para uma situação naturalizada (Silva, 2021). Permite redefinir as experiências stressantes, modificando a perceção cognitiva das mesmas, para que se tornem mais controláveis (Figueiredo, 2023; Relvas, 2016). Em consonância com o descrito por Silva (2021), também as famílias deste estudo se centraram no afeto para encontrarem forças para apoiar a pessoa Trans. Como sugerido pela autora, importa ajudar as famílias a compreenderem que este é um processo gradual que com o tempo se transformará numa situação naturalizada. Por muito negativa que seja a visão que têm da situação, existe sempre possibilidades de solução. Esta posição remete-nos para as abordagens orientadas para as soluções, que se baseiam na relação colaborativa, focadas no futuro, nos pontos fortes da família e no processo de mudança no sentido da construção de soluções (Figueiredo, 2023). O *reenquadramento*, enquanto intervenção, assim como as abordagens orientadas para as soluções (*ibidem*, 2023) surgem, assim, como intervenções com potencial facilitador dos processos de ajuste e adaptação das famílias à afirmação de IG das pessoas Trans, pelo que merecem investimento no âmbito da ESF. O *reenquadramento*, enquanto estratégia de *coping* relacionada com os significados e perceções sobre os acontecimentos, assume relevância central para a perceção da situação

como gerível, conjuntamente com a percepção de disponibilidade de recursos familiares bem como da capacidade para os mobilizar. É, assim, essencial para uma adaptação bem-sucedida.

- Exploração dos recursos familiares

Dos discursos das pessoas Trans e das suas famílias destacaram-se *recursos familiares* inerentes ao *sistema familiar* e à *comunidade*.

A EQSF identificou recursos da comunidade, não tendo feito qualquer referência ao apoio de amigos nem aos padrões de funcionamento familiar. Este resultado pode estar relacionado com a maior expressão, na prática clínica, da abordagem à família como contexto de desenvolvimento individual em detrimento da abordagem sistémica. De acordo com Ferreira et al. (2021), as PENF conhecem o sistema familiar, têm por base a abordagem colaborativa, mas não tomam como foco a família como um todo. No mesmo sentido, Bastos et al. (2022) referem que a família enquanto sistema tem pouca representatividade na parametrização e na documentação dos cuidados de enfermagem integrada nos sistemas de informação nacional. Continua, assim, a ser necessário ampliar a abordagem com família numa perspetiva sistémica (Figueiredo, 2012; Bastos et al., 2022; Robinson et al., 2022). As competências das PENF relacionadas com a saúde familiar não foram objeto deste estudo, contudo considera-se que esta é uma área que urge explorar.

As *crenças familiares*, a *comunicação familiar* e o *apoio familiar* foram os recursos inerentes ao sistema familiar identificados por alguns dos participantes. Verifica-se que a produção científica disponível com foco na família, no âmbito da diversidade de IG, é residual e, quase inexistente se relacionada com a família enquanto sistema. Porém, o apoio familiar é a dimensão mais estudada.

As *crenças familiares* surgem no discurso de duas pessoas Trans, realçando o valor familiar `direito à liberdade de expressões` e o reconhecimento da diversidade em geral, que parece ser precursor de uma melhor aceitação do processo de afirmação: “[a família] defende sempre a ideia de que as pessoas são livres de serem o que são e de se exprimir como sentem que devem e querem (...) levou tudo com muita naturalidade.” (P1).

Nas falas de outra pessoa Trans, a transfobia é reconhecida como condicionante do processo de aceitação da IG: “(...) os meus pais são tão homofóbicos transfóbicos ao

ponto de ver um arco-íris e chamar aquilo de propaganda gay, por isso eles não conseguem ver nada que seja sobre isso (...)" (P3).

Estes resultados são corroborados pelos resultados obtidos por Bres, e Morrison-Young (2024), em que pais com normas de género mais flexíveis tiveram um ajustamento menor do que pais com normas convencionais ou tradicionais, que consideraram que o processo de afirmação de género representou uma mudança significativa, descrita como “sísmica”.

As crenças da família são construídas nas interações sociais e culturais, nomeadamente no que se refere ao que consideram desejável relativamente à aceitação de valores sociais pelos seus membros (Figueiredo, 2012). As crenças familiares são centrais no desenvolvimento de significados familiares, revelando-se mais ou menos positivas e respetivamente facilitadoras ou dificultadoras. Na perspetiva de vários autores (Shajani & Snell, 2023; Wright & Leahey, 2018) as crenças facilitadoras diminuem o sofrimento e aumentam as opções de solução de problemas. Outros autores (Brown-Baatjies et al., 2008; Price et al., 2020) consideram que as crenças sustentam a coerência familiar e não só conformam a forma como a família vê o mundo e a vida como também influenciam os significados conferidos às situações. Nesta medida, constituem-se condicionantes da avaliação familiar da situação e determinantes para o desenvolvimento de estratégias de *coping* e para a resolução de problemas, condicionando todo o processo de ajuste e adaptação.

A *comunicação familiar* surge nas falas de uma pessoa Trans e de uma família, na forma de expressão emocional aberta: “(...) *somos uma família que dá liberdade à expressão (...). que falou de tudo à vontade, sem tabus (...)*” (P1), “(...) *eu pergunto-lhe tudo ... porque nós temos conversa muito abertas de tudo*” (F2).

Os resultados da revisão sistemática realizada por Brown, et al. (2020), indicaram que a comunicação familiar positiva, combinada com o afeto familiar contribuíam para a redução do sofrimento psicológico, de sintomas depressivos, da ideação suicida, da automutilação não suicida e das tentativas de suicídio em jovens com diversidade de IG.

A expressão emocional aberta é, na perspetiva de Walsh (2003, 2016), caracterizada pela confiança mútua, partilha sincera das emoções e respeito pelos sentimentos, necessidades e diferenças existentes entre os elementos da família na sua globalidade. Facilita a partilha de informações importantes sobre as situações e expectativas futuras, potencia a

construção de significados, a tomada de decisão compartilhada e a resolução de problemas de forma colaborativa. Contribui, assim, para o bom funcionamento familiar e para todo o processo de adaptação familiar a situações de *stress* (Walsh, 2003).

No presente estudo o *apoio familiar* é um recurso mencionado na quase totalidade dos discursos e surge relacionado com a aceitação familiar. A sua existência é considerada essencial para bem-estar das Trans: “*Apoio familiar é essencial.*” (EQ) e “*(...) importava mesmo era ser aceite pela minha família, (...) o meio social (...) é importante, mas (...). Quando se tem apoio daqueles que se gosta, o resto não importa (...).*” (P4). O apoio familiar é inquestionável para dois elementos da família “*Não lhe ia virar as costas ... não! (...) não vou apoiar o [nome social]?... Quem é que vai? Ela não tem mais ninguém*” (F2); “*(...) começamos logo a tentar perceber como podíamos apoiar.*” (F1).

A falta de apoio e a dificuldade da família em o prestar surge no discurso de uma pessoa Trans e da equipa: “*(...) Existem algumas barreiras (...) por parte da família.*” (EQ); “*(...) a minha mãe (...) tenta entender. (...) O meu pai, não! (...) é muito radical. (...) não aceitou (...) senti muito essa falta de ajuda (...) deviam ser os meus pais. (...).*” (P3). Surge também como o resultado do processo de aceitação: “*(...) A minha mãe, (...) com oitenta anos, aceitou muito bem, (...) Já a [outra avó] não, (...) Mas agora, (...) já interiorizou completamente (...)*” (F1). Processo que ainda não tinha sido iniciado para uma pessoa Trans, por considerar que ainda não é o momento: “*Não acho que haja necessidade para já [de contar à família].*” (P2).

É consensual na literatura que o apoio e a aceitação da família protegem a saúde mental e o desenvolvimento da identidade, particularmente das pessoas jovens Trans (APA, 2021; Coleman et al., 2022; OPP, 2023; Silva, 2020). O apoio familiar contribui para reforçar a autoestima das pessoas Trans e intensificar a resiliência (Coleman et al., 2022; Silva, 2021). Para Silva (2021) a família alargada, assim como pessoas significativas, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, têm um papel muito importante neste processo, pois, configuram um contexto de segurança e reconhecimento. Por outro lado, a rejeição familiar conjuntamente com a rejeição sistémica está fortemente ligada a resultados negativos como ansiedade, depressão, ideação suicida, tentativas de suicídio e consumo de substâncias, que aumentam com o aumento dos níveis de rejeição e persistem na idade adulta (Coleman et al., 2022). Como é referido por Brown et al. (2020) o apoio familiar

relacionado à IG minoritária é considerado um indicador da capacidade de *coping* familiar que tem como resultado eficaz a aceitação da IG e como resultado ineficaz a rejeição.

Apenas as pessoas Trans referiram o *apoio de amigos* não tendo sido mencionado pelos restantes participantes. Duas pessoas Trans mencionaram a dificuldade em fazer ou manter amizades e valorizaram o apoio de amigos como facilitador do processo de afirmação, principalmente o apoio de amigos pessoas LGBTI+ com quem se identificam: “Tive uma outra (amizade) (...) era-me difícil manter (...). Conheci pessoas da comunidade [LGBTI+] (...) isso ajudou bastante (...) são agora amigas mais próximas.” (P1); “(...) disse aos meus amigos, que eu era [nome social] e que era um rapaz (...) mas era um grupo muito reduzido.” (P4).

Diversos autores (Hill et al., 2021; Kia et al., 2021; Taube & Mussap, 2022) referem o apoio de amigos ou pares e realçam a sua relação com diferentes aspetos, a saber: i) moderação dos efeitos do estigma e da discriminação sobre os resultados de saúde; ii) melhoria das experiências de saúde mental; e iii) fator protetor contra suicídio entre pessoas Trans. Também no estudo de Taube e Mussap (2022) é realçada a relação positiva e direta entre o apoio de amigos e a resiliência, o ajuste psicológico e a melhoria do bem-estar, associados ao *coming out*. Prossegue ainda reportando a associação entre a congruência da aparência e a consolidação da IG com o *coming out* com família, enquanto a IG positiva (poder pessoal, autoestima, senso de propósito e visão positiva do futuro pessoal) surge associada *coming out* com os amigos (*ibidem*, 2022). Num outro estudo (Hill et al., 2021) as pessoas Trans jovens referiram perceber muito mais apoio dos amigos (89,8%) comparativamente com o apoio familiar (50,7%).

O papel do apoio da comunidade LGBTI+ na validação da IG Trans, é destacado em diversa literatura (Johnson & Rogers, 2020; Kia et al., 2021). A naturalização da IG Trans, a criação de uma rede de apoio social e o empoderamento da pessoa Trans consubstanciado por estas comunidades está associado a melhor saúde mental e maior bem-estar (Johnson & Rogers, 2020). Assim, os profissionais de saúde, nomeadamente EESF, devem valorizar e promover o apoio de amigos/pares, especificamente da comunidade Trans, enquanto recurso protetor e facilitador do empoderamento dos processos de afirmação de género.

O *apoio de associações* é, também no nosso estudo, valorizado pelos participantes, relacionando-o com o alívio de tensões, com o apoio global às famílias e com a promoção

do acesso a consultas por parte das pessoas Trans: “(...) a associação Amplos, (...) Acabou por retirar peso de cima (...) não estou sozinha neste processo, há tanta gente a passar por isto (...) acabamos por nós ajudar outros pais (...)” (F1); “(...) o Centro GIS, (...) tenho ido lá fazer consultas (P3); “Apoio de associações (...). O apoio de outras famílias, de outras pessoas que passaram pelo mesmo.” (EQ).

A Amplos referida no discurso dos participantes deste estudo, é uma associação constituída por mães, pais e familiares de pessoas LGBTI+, a única em Portugal que apoia famílias. Simultaneamente desenvolve ações junto de educadores e de agentes comunitários, de apoio à sociedade civil e de advocacia.

As associações civis disponibilizam apoio social e emocional e acesso a recursos e informações sobre as opções de cuidados de saúde disponíveis, mais acessíveis e baratos (Abreu et al., 2022b; Coleman et al., 2022). Os pais participantes no estudo de Sansfaçon et al., (2019) referiram que o grupo de apoio lhes permitiu a partilha de vivências semelhantes às suas, o que os ajudou a naturalizar a situação e a aceitar a IG dos filhos. O suporte informativo que as associações disponibilizam aos pais, permitiu-lhes dar sentido às suas experiências e ajudá-los a entender os diversos aspetos do processo de afirmação dos seus filhos (*ibidem*, 2002b; 2019).

Apesar das associações se revelarem facilitadoras dos processos familiares e de as mesmas serem reconhecidas por parte de pessoas Trans do nosso estudo, nem sempre o são por parte de alguns pais, como se depreende das falas seguintes “(...) já falei com a minha mãe sobre Amplos, (...) e ao meu pai (...) e deu uma discussão (...) que não são eles que precisam de ajuda” (P3). Esta realidade aconteceu numa situação em que IG é conotada com doença mental “(...) que não são eles que estão doentes mentais (...)” (P3).

A IG foi historicamente patologizada, por associação a uma incongruência e transtorno da saúde mental, numa acumulação de estigmas (Castro-Peraza et al., 2019; Sitas et al., 2024). Nos últimos anos tem sido feito *lobbying*, essencialmente pelas associações a nível internacional, no sentido da despatologização. *Lobbying* que teve como resultado que na Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11) a ‘incongruência de género’ seja considerada uma condição em vez de uma doença. Contudo, o termo ‘incongruência’ mantém-se e expressa a ideia de incorreção, de erro ou desvio, quando comparada com a IG Cis (Castro-Peraza et al., 2019). Os autores

defendem que a diversidade, nomeadamente sexual, corporal e de género, é uma das dimensões humanas e, portanto, um direito humano a ser respeitado.

A visão patologizante da diversidade de IG é uma crença dificultadora, que influencia negativamente a avaliação da perceção subjacente à diversidade de IG, aos vários níveis dos sistemas ecológicos, nomeadamente familiares. É, assim, uma barreira à vivência da IG Trans como uma dimensão natural de ser pessoa, constituindo-se simultaneamente uma barreira à capacidade familiar de aceder e mobilizar recursos de apoio.

A EQSF encontra-se numa situação privilegiada de contribuir para uma visão naturalizante da diversidade de género e concomitantemente ajudar as pessoas e as famílias a encontrar as suas formas de ajuste ou adaptação. Nesse sentido, é primordial conhecer as suas expectativas quanto ao papel da equipa. Contudo estas expectativas devem se (re)criadas e fortalecidas pelas práticas colaborativas (IFNA, 2017; Gottlieb, 2016), ou seja, na justa medida da apropriação do mandato social da ESF.

- Reconhecimento das expectativas sobre o papel da equipa

Para os participantes deste estudo o papel da equipa integra a *facilitação das expressões de género plurais* e a *referenciação* das pessoas Trans, bem como o *suporte informativo* e o *apoio emocional* das pessoas e famílias.

Dos discursos dos participantes deste estudo emerge a *facilitação das expressões de género plurais* como forma de os profissionais perceberem a relação da pessoa com o próprio corpo. Um elemento da família considera que a PENF ou MGF devem “Perguntar nas consultas se nos sentimos bem com o nosso corpo (...) sentes-te bem por teres o período? (...) gostas do teu corpo? gostas do teu peito? (...) estamos preocupados se fazemos a palpação ... mas nós sentimo-nos bem a palpar a nossa mama?” (F3).

Esta fala alerta os profissionais de saúde para a importância de conhecerem a relação das pessoas com o próprio corpo permitindo perceber a existência de mal-estar ou sofrimento psicológico e conjuntamente delinear um plano de cuidados em consonância. A facilitação de expressões de género plurais potencia o á vontade para o diálogo sobre estas questões em todas as idades. Recorda-se que é frequente as pessoas Trans evitarem os cuidados de saúde por receio de atitudes discriminatórias (APA, 2021; Saleiro et al., 2022). A necessidade de expor o corpo a profissionais de saúde pode provocar a não realização dos rastreios preconizados. As diretrizes nacionais (Portugal, 2013) estipulam que, a partir

dos 3 anos, se aprecie se a criança reconhece as diferenças e semelhanças entre sexos; equidade de género e, a partir dos 10 anos, se avalie a autonomização progressiva e afirmação da identidade (identidade de género). Assim a EQSF tem a oportunidade, desde cedo, de introduzir, com as crianças e os pais, a temática da diversidade de género na consulta, com vista à sua capacitação para a inclusão, mas também, a redução o estigma e facilitação do acesso a cuidados de saúde adequados.

A saúde mental é outra dimensão dos cuidados valorizada pela EQSF referindo-se à *“identificação precoce de disforia de género.”* (EQ). Uma pessoa Trans reconheceu o risco acrescido de comprometimento da saúde mental das pessoas Trans: *“(...) a saúde mental é importante para toda a gente. Nós somos uma comunidade que é fragilizada de muitas formas nesse aspeto.”* (P2).

A corroborar estes resultados, Bonifacio et al. (2019) refere que o diagnóstico precoce da disforia de género é fundamental, por um potencial aumento do comprometimento da saúde mental. Os resultados da pesquisa realizada por estes autores relatam estudos em que adolescentes com disforia de género apresentaram: depressão (12%–64%), ansiedade (16%–25%), transtorno alimentar (2%–15,8%), automutilação (13,1%–53%) e tentativa de suicídio (9,3%–30%) (Bonifacio et al., 2019). Importa que os profissionais de CSP possuam competências que lhes permitam gerir de forma abrangente a saúde de pessoas Trans, quer diretamente quer através de referência adequada para outras pessoas profissionais de saúde (Coleman et al., 2022; Newhook et al., 2018).

A *referenciação* para a consulta específica de afirmação de género emerge do discurso da EQSF associada à celeridade, à perceção de apoio e de existência de soluções: *“referenciação rápida.”* (EQ) e *“sentir que vamos ter orientação e respostas.”* (F3). Uma pessoa Trans refere que inicialmente estava cética quanto à referenciação por MGF, no entanto, foi efetuada sem constrangimentos: *“(...) [relativamente à referenciação] já estava a ver os planos Bês, Cês, porque às vezes nem sempre falar com o médico de família funciona (...) mas funcionou.”* (P2). Contudo, outra pessoa Trans referiu dificuldades relacionada com informação incorreta sobre os circuitos de encaminhamento: *“(...) o médico explicou-me que só me podia encaminhar para áreas aqui de [nome da cidade] (...) eu fiquei na ideia que não era possível (...)”* (P4). A referenciação desta pessoa decorreu muito recentemente, durante a recolha de dados do presente estudo.

O ceticismo e as dificuldades na referenciação das pessoas Trans para iniciar os processos relacionados com a afirmação de género emergentes neste estudo, encontram semelhanças na literatura. A referenciação é, muitas vezes, dificultada pela falta de formação de MGF acerca da IG, assim como pelo desconhecimento dos circuitos de encaminhamento (Abreu et al., 2022; Saleiro et al., 2022). Alguns estudos relatam que a espera pela consulta específica de afirmação de género se constituiu como um fator de *stress* familiar significativo, causadora de ansiedade para os pais e sofrimento mental dos filhos (Carlile, 2019; Newhook et al., 2018). Visto que a espera para as consultas específicas pode ser de meses, é primordial que a EQSF compreenda a importância da celeridade da referenciação e que possua conhecimentos sobre os percursos de encaminhamento. Neste âmbito, a capacitação da EQSF evidencia-se como processo-chave para o garante da referenciação efetiva e disponibilização de informação e apoio adequados, minimizadores da ansiedade relacionados com o tempo de espera. A ESF tem um papel assumir, informativo e redutor de *stress* com as pessoas e famílias, mas também de agência junto da EQSF, potenciando uma abordagem necessariamente multidisciplinar, conjunta e coordenada.

Os discursos dos participantes indicam que as pessoas Trans e as famílias esperam da equipa *suporte informativo* sobre diversidade de IG em geral e especificamente sobre *percursos de afirmação de género e recursos de apoio* existentes.

A validação da informação por um profissional é considerada de relevância extrema, sobretudo quando as famílias se sentem num estágio de conhecimento residual: “(...) *assumir que estamos a partir do zero, o núcleo familiar precisa (...) de uma explicação exterior ou profissional para validar (...).*” (P2). Este resultado é consonante com outros estudos em que os pais referem que nunca tinham pensado em IG (Abreu et al., 2022; Carlile, 2019; Chaplyn et al., 2023; Newhook et al., 2018), o que evidencia a importância da abordagem da IG pela EQSF com as famílias ao longo do ciclo de vida.

Ser o único meio de informação dos pais é para uma pessoa Trans gerador de desconforto: “(...) [a mãe] *faz-me perguntas (...) desconfortáveis (...) se ela tivesse um acompanhamento extra, não me faria essas perguntas a mim (...) fazia a um profissional (...)*” (P4). Também outros jovens Trans que participaram no estudo de Kantor et al., (2023) reportaram o desconforto que representa ter que ensinar os seus pais sobre temas relacionados com IG e sexualidade e que preferiam que os seus pais tivessem procurado

outras fontes de informação. Enquanto isso, os pais acreditavam que era mais eficaz serem os seus filhos a informá-los. Também esta situação deve ser tida em conta pela EQSF, numa lógica de descoberta, mas também de (re)configuração de sentidos.

O esclarecimento sobre os percursos de afirmação de género relacionados com a hormonoterapia e as cirurgias foi evidenciado pela equipa e por uma pessoa: “(...) *opções e consequências (...) do processo de afirmação médica, os circuitos, o que vai acontecer e o que pode fazer (...)*” (EQ), “(...) *perceber o que é terapia hormonal. “(...) o que é que existe, o que eu posso fazer para me sentir melhor. E o que eu posso fazer para lá chegar (...)*” (P2). Este resultado é semelhante ao encontrado por Chaplyn et al. (2023), em que pais relataram sentirem-se confusos sobre os percursos de saúde por não terem informação prévia sobre as possibilidades de acesso aos cuidados de especialidade, tipo de serviço prestado e estimativa dos períodos de espera.

Uma pessoa Trans, sublinhou a importância da sensibilização das pessoas e famílias para a tomada de decisões consciente e informada, sobretudo nas decisões de eminente irreversibilidade como os tratamentos cirúrgicos: “(...) *não dar a ideia que se está a questionar a certeza da pessoa (...) mas, que para as cirurgias não há pressa, que tem de ser bem pensadas.*” (P1). Este alerta é consonante com as orientações internacionais (Coleman et al., 2022) que recomendam que jovens com diversidade de género se documentem e compreendam que, embora a hormonoterapia e/ou cirurgia tenha sido uma boa opção a longo prazo para algumas pessoas, há um subconjunto de pessoas que, com o tempo, descobrem que não foi uma boa opção. A decisão clínica pela hormonoterapia e/ou cirúrgicas é tomada com base numa série de requisitos e procedimentos, nomeadamente para garantir o consentimento informado. Neste, é condição fundamental a informação designadamente sobre reversibilidade, riscos/benefícios das intervenções e opções de preservação da fertilidade (*ibidem*, 2022).

A informação por antecipação foi salientada por um elemento da família “(...) *o que vai acontecer, o tempo que tem de esperar para a cirurgia (...) onde é que nós nos vamos meter.*” (F3). Este resultado é concordante com os achados de Sansfaçon et al. (2019), em que alguns pais referiram que a falta de conhecimento e informação prévios sobre IG Trans foram uma barreira para a compreensão e reconhecimento da IG dos seus filhos. Pais participantes no estudo de Abreu et al., (2022a) consideraram que a informação

diminui o sofrimento, pois permite antecipar, entender o que vai acontecer e perceber que não estão 'sozinhos'.

A disponibilidade de informação é valorizada por dois participantes, um dos participantes sugere formas de disponibilizar: “(...) *quanto mais informação melhor, quer num consultório, quer fora dele (...)*” (P3); “(...) *via consulta, via folhetos informativos, via e-mail, ou todos (...)*” (P2). A informação partilhada em sede de consulta, na interação com os profissionais, com o apoio de outras estratégias, como folhetos e cartazes, numa perspetiva de tomada de decisão informada, mas também de legitimação e visibilização da pluralidade de IG, conformam uma dimensão a vincular à EQSF, em especial à ESF, como ela própria um recurso efetivo das pessoas Trans e das suas famílias.

Os participantes deste estudo consideram que as pessoas Trans e as famílias esperam *apoio emocional* por parte da EQSF, no sentido de as ajudar a compreenderem a singularidade do desenvolvimento da IG Trans, a legitimarem as suas experiências e a encontrarem formas de lidar com o processo de afirmação. A necessidade de compreensão e validação do desenvolvimento da IG emerge no discurso de uma pessoa: “(...) *eu pensava que para ser Trans tinha de ter uma história linear (...) a minha história não é assim, pensei então ... eu não sou Trans (...) se eu tivesse um apoio na altura para ajudar-me a perceber o que é que eu estava a sentir, então talvez tivesse sido muito mais fácil (...)*” (P4). A EQSF e uma pessoa salientam o apoio para enfrentar o processo de afirmação: “*Apoio para enfrentar e poder ajudar o filho (...) ajudar a entender o que se passa.*” (EQ); “(...) [a família] *tem de ter (...) acompanhamento para saber como é que lida com as situações, o paciente para saber o que está a sentir, para saber que há mais pessoas, como ela.*” (P4).

Em diversos estudos é dado ênfase à importância do apoio emocional dos profissionais de saúde à família e reconhecida a sua insuficiência (Abreu et al., 2022; Carlile, 2019; De Castro Peraza et al., 2023) e invisibilidade nos CSP (Abreu et al., 2022). Contudo, o termo apoio emocional surge na maioria dos estudos sem definição clara.

À luz dos resultados e com base na definição da *American Psychological Association*, neste estudo, entende-se por apoio emocional os “*processos verbais e não verbais pelos quais alguém comunica cuidado e preocupação por outro, oferecendo segurança, empatia, conforto e aceitação*” (APA, 2018, para. 1). Neste sentido, é essencial para a

(co)construção do processo de cuidados, em particular o PCE. Dito de outra forma, o apoio emocional é intervenção e, simultaneamente, um meio facilitador de outras intervenções. Na medida em que o conforto e a segurança são garantidos, favorece-se a criação de um ambiente propício à exploração com as pessoas e famílias dos elementos integrantes no processo de ajuste e adaptação familiar ao *stress* e, assim, à identificação das suas necessidades, planeamento de cuidados em parceria e realização de intervenções.

Assim, considera-se que no âmbito da diversidade de IG, o apoio emocional exige uma abordagem afirmativa. Esta abordagem não está necessariamente relacionada com as medidas hormonais ou cirúrgicas (Coleman et al., 2022) mas sim com a atitude de reconhecimento da diversidade de IG expressa nomeadamente pelo uso de linguagem inclusiva (Malpas et al., 2022). Os autores referenciados afirmam que esta abordagem é absolutamente necessária para descentrar da cisnormatividade, legitimar e naturalizar a pluralidade de experiências relacionadas com a IG, estando associada a maior resiliência e melhores indicadores de saúde (Moleiro et al., 2020; Tebbe & Budge, 2022). A sua relevância é notória no estudo de Bartholomaeus et al. (2021) em que os pais de crianças com diversidade de IG valorizaram especialmente profissionais que se esforçaram por ser afirmativos, mesmo que tivessem poucos conhecimentos sobre IG. A abordagem afirmativa fortalece a relação pessoa/família/profissional, permitindo escutar e simultaneamente abordar as preocupações e medos das famílias, ajudando-as a explorar as crenças que as baseiam, reconstruir perspetivas e encontrar soluções (*ibidem*, 2021).

A compreensão global e integrada das vivências das pessoas Trans e das suas famílias, a reflexão sobre a prática e os fatores que as condicionam, propiciam a identificação de soluções e de oportunidade de mudança no sentido da melhoria de cuidados.

- Sugestões de melhoria nos cuidados de saúde com as pessoas Trans e com as suas famílias

Dos discursos dos participantes neste estudo emergiram como sugestões de melhoria dos cuidados com as pessoas Trans e suas famílias, o *reconhecimento da diversidade de IG e a capacitação da equipa de saúde familiar*.

O *reconhecimento da diversidade de IG* está intrinsecamente associado à abordagem afirmativa, contribuindo para naturalizar a diversidade de género, diminuir o estigma e a

iniquidade (Newhook, et al., 2018) nomeadamente no acesso a cuidados de saúde adequados.

Pelas expressões dos participantes deste estudo, o preconceito e discriminação assomou-se como um elemento transversal a todos os níveis dos sistemas ecológicos, com impacto na vida e na saúde das pessoas Trans e famílias, com destaque para a família, os serviços de saúde e as escolas. O não reconhecimento e consequente invisibilidade das pessoas com diversidade de IG, como forma de preconceito, reflete-se designadamente, na dificuldade do uso de linguagem inclusiva e surge como barreira ao acesso a cuidados de saúde. Foram apontadas estratégias de intervenção, necessariamente multisistémica e alicerçada em rede de parcerias, envolvendo a sensibilização da comunidade em geral e escolar, assim como a promoção de uma cultura organizacional afirmativa.

A transversalidade multisistémica do preconceito e da discriminação, encontra consenso na literatura, que aponta a visão cisnormativa e binária como condicionante do reconhecimento da diversidade de IG (APA, 2021; OPP, 2023; Coleman et al., 2022; Gato et al., 2024; Saleiro et al., 2022). Estudos realçam que da população LGBTI+, são as pessoas Trans as mais sujeitas a discriminação (*European Union Agency for Fundamental Rights*, 2020; Saleiro et al., 2022). A família surge simultaneamente como contexto protetor da pessoa Trans e frequentemente como um espaço de violência (Coleman et al., 2022; Saleiro et al., 2022). A escola é muitas vezes um ambiente hostil e gerador de insegurança para jovens Trans (Macedo, 2024) que, em comparação com os seus pares Cis, tem maior probabilidade de vitimização, taxas mais elevadas de absentismo e piores resultados (Day et al., 2018).

Em Portugal, no estudo de Saleiro et al. (2022) o sector da saúde foi o mais referido como discriminatório para pessoas Trans, maioritariamente relacionado com barreiras no acesso aos serviços de saúde de afirmação hormonal e cirúrgica. Nos CSP as barreiras surgem relacionadas com o preconceito e/ou com a falta de conhecimento dos MGF acerca da temática da IG e referenciação (Rodrigues et al., 2020). Uso de linguagem preconceituosa ou insultuosa foi a segunda causa apontada à discriminação por MGF, a seguir ao desencorajamento da exploração da IG (*ibidem.*, 2020). Não foram encontrados estudos que explorassem a perceção das pessoas Trans quanto à discriminação por parte de PENF ou AT. O estudo de Gomes (2020) com PENF, não versa a discriminação, contudo aporta alguns resultados relevantes. A autora destaca que da população LGBTI+, as pessoas

Trans são o grupo menos aceite e mais desconhecido das PENF e que a elevada proporção de PENF que se consideram mais inclusivas que colegas, pode revelar reconhecimento de alguma discriminação na prestação dos cuidados de saúde a esta população (*ibidem*, 2020).

A linguagem inclusiva é considerada nas orientações internacionais (Coleman et al., 2022) como fundamento básico para a prestação de cuidados de saúde que afirmem a diversidade de IG, que recomendam o uso de terminologia respeitadora e adequada à preferência das pessoas. Pelo que é importante perguntar às pessoas qual a linguagem ou a terminologia que estas gostam que seja usada quando se referem a si, relativamente a nomes, pronomes, autoidentificação de género e descrição de partes dos seus corpos. A inexistência de campos de registo no sistema de informação em uso no SNS para estes dados constitui uma barreira ao uso de linguagem inclusiva.

A utilização deliberada da linguagem inclusiva pelos elementos de todos os grupos profissionais, cria uma experiência de segurança e de afirmação da IG que contribui para promover a confiança nos profissionais e a adesão aos cuidados de saúde (OPP, 2023). Salvaguarda-se que os contextos onde são usados o nome e os pronomes, são sempre decididos pelas pessoas. A linguagem neutra é sempre a opção mais inclusiva, contudo não é fácil evitar o masculino genérico que sempre invisibilizou todos os géneros que não correspondessem a 'homem'.

Entende-se que os participantes consideraram que o reconhecimento da diversidade de IG tem um contributo mais robusto para a melhoria do processo de cuidados com pessoas Trans e famílias se for promovido de forma participativa e a diversos níveis dos sistemas, do que reduzido aos serviços de saúde.

A *Capacitação da equipa da saúde familiar* emerge como sugestão de melhoria do processo de cuidados com as pessoas Trans e famílias, envolvendo o *apoio à prática e formação da EQSF*. Distinguiram-se domínios relevantes da formação da EQSF, nomeadamente a reflexão sobre os próprios preconceitos; processos de afirmação de IG e de adaptação familiar; cuidados pós cirúrgicos e hormonoterapia e os rastreios oncológicos.

A reflexão sobre os próprios preconceitos apontada como domínio relevante da formação, sugere a importância que lhe é atribuída como estratégia para despertar o processo de

conscientização acerca da IG Trans. A conscientização dos próprios preconceitos, pode minimizar situações de discriminação ou de não identificação de necessidades das pessoas Trans e das suas famílias que decorrem deles e, assim, contribuir para a equidade dos cuidados (Compton & Morgan, 2022; Mollitt, 2022; Saleiro et al., 2022). Foi também salientado, o desenvolvimento de conhecimentos propiciado pela formação e outras estratégias de apoio à prática, num compromisso com as melhores práticas.

O *apoio à prática* revelou-se pelo desconhecimento da EQSF e pela insuficiente divulgação de orientações, normas técnicas e recursos de apoio às pessoas Trans e às suas famílias. As orientações e normas técnicas, constituem-se como instrumentos relevantes no apoio à a qualidade dos cuidados, na medida em que estabelecem requisitos e recomendações, nomeadamente ao nível do acesso, navegabilidade, eficiência, segurança e humanização dos serviços de saúde (Portugal, s.d.). Deste modo, é essencial que estejam disponíveis e facilmente acessíveis, o que não acontece com a única orientação existente em Portugal no âmbito da saúde das pessoas Trans (Portugal, 2019). Destaca-se a lacuna na pesquisa acerca das famílias de pessoas Trans, particularmente com foco na família enquanto sistema. Também não foi encontrado nenhum documento que permita sistematizar, sem uniformizar, os cuidados de enfermagem com as famílias de pessoas Trans.

Das necessidades de formação destacam-se os cuidados pós cirúrgicos e hormonoterapia particularmente os rastreios oncológicos ao longo da vida, frequentemente ignorados pelos profissionais (Portugal, 2019). As orientações internacionais (Coleman et al., 2022), recomendam que os rastreios oncológicos sejam realizados de acordo com as especificidades relacionadas com a hormonoterapia (tipo e duração) e o tipo de intervenções cirúrgicas realizadas, pelo que é essencial manter atualizado o registo dos órgãos que continuam ou não presentes nas pessoas Trans. Não menos importante, é a identificação de fatores de risco cardiocerebrovascular e de osteoporose que poderá estar aumentado nas pessoas com hormonoterapia de feminização (*ibidem*, 2022).

Apesar da importância conferida à formação académica e contínua no âmbito da diversidade de IG, esta é reconhecidamente insuficiente (Chaplyn et al., 2023; Gomes, 2020; Macedo, 2024; Saleiro et al., 2022). É considerada basilar no incremento de boas práticas para a persecução do mais alto padrão alcançável de saúde de todas as pessoas LGBTI+ (*The yogyakarta principles*, s.d). A formação contínua neste âmbito, em

particular junto da EQSF, é realçada por Portugal (2019) assim como na Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 92/2023, 2023), a par da sensibilização das instituições do ensino superior para a introdução da temática, nomeadamente nos cursos de enfermagem e medicina.

As sugestões de melhoria surgem pela compreensão de fatores que condicionam o processo de cuidados e desocultam oportunidades de intervenção com contributos para a prática e para os processos formativos.

2.5. SUGESTÕES E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E PARA OS PROCESSOS FORMATIVOS

O presente estudo foi desenhado para ser realizado numa unidade de cuidados. Sugere-se a realização de um estudo que seja ampliado a outras unidades funcionais do ACeS do Alto Minho por forma a obter maior riqueza de dados.

Imbuído de lógicas andragógicas e de investigação-ação, este estudo foi (co)construído na relação dinâmica entre estratégias, resultados e processos de melhoria permitindo obter contributos para a prática e para os processos formativos.

As estratégias participativas e de (co)criação utilizadas, a participação de associações LGBTI+ (Anémoma e Amplos, esta última graças à abertura da ESS – IPVC em possibilitar a participação da EQSF nos seus seminários), contribuíram para o iniciar do processo de conscientização da EQSF e para a aquisição de conhecimentos. A sua aplicação na prática, constatou-se pela facilidade na referenciação para a consulta hospitalar de afirmação de género de uma situação que se encontrava pendente, assim como pela atenção na linguagem usada em suportes informativos.

Congratulamo-nos pelo facto de se ter encetado a implementação de algumas das sugestões apontadas para a melhoria no processo de cuidados. A divulgação de base de recursos para profissionais contribui para facilitar o acesso a informação e a orientações nacionais e internacionais que permitam a sustentação teórica das práticas. Neste contexto, procedeu-se à divulgação da base de recursos para pessoas Trans e para famílias em cartaz exposto na sala de espera, o que contribui simultaneamente como suporte informativo, como promoção de uma cultura organizacional afirmativa e visibilização da diversidade de IG junto da comunidade. No mesmo sentido, concorreu a divulgação

pelas redes sociais da ULSAM E.P.E., de uma mensagem de sensibilização, em particular para as equipas de saúde familiar, a assinalar o Dia Internacional da Visibilidade Trans.

Da dificuldade no uso da linguagem inclusiva emergiu a pertinência da (co)construção de um manual neste âmbito, como instrumento de apoio à prática clínica. O manual de linguagem inclusiva, ainda em construção, é desenvolvido no âmbito da ApS, por uma equipa de projeto que une docentes e estudantes do ESS – IPVC incluindo do projeto Petúnia e PENF da USF participantes neste estudo, em parceria com a associação rede exaequo. Perspetiva-se a sua implementação em, pelo menos, uma Unidade Curricular (Enfermagem Familiar) do Curso de Licenciatura em Enfermagem e uma unidade funcional do Aces do Alto Minho, contribuindo, assim, simultaneamente para a melhoria da prática clínica e dos processos formativos.

Mapear as dimensões relevantes na conceção de cuidados nas perspetivas das pessoas Trans, das famílias e dos profissionais permite valorizar as dimensões do processo de cuidados que lhes são mais significativas, identificar lacunas na prática clínica e oportunidades de melhoria. Esta sistematização contribui, também, para a organização do processo de cuidados, particularmente para os cuidados de ESF.

Os resultados deste estudo contribuem para a ampliação da compreensão do processo de ajuste e adaptação das famílias à afirmação de género, assim como, dos elementos presentes nesse processo permitindo antecipar fatores potenciadores de *stress* familiar e propostas de intervenção.

Distingue-se a pluralidade das perspetivas deste estudo, como contributo para a promoção de uma abordagem colaborativa, assim como, para a compreensão necessariamente ecossistémica, quer da problemática quer das estratégias de melhoria. Os resultados contribuem para enformar o desenho de um projeto de intervenção a implementar nos contextos de prática clínica, necessariamente desenvolvido em rede de parcerias, com pessoas e entidades comunitárias.

Dito de outro modo, estamos a contribuir também para a transformação do IPVC, por via de estratégias pedagógicas inovadoras, ao serviço da aprendizagem ao longo da vida da equipa multidisciplinar, em prol do respeito e dignidade das pessoas Trans e famílias.

CONCLUSÕES

A partir do estudo podemos aprofundar a compreensão inerente das implicações para o processo de cuidados com pessoas Trans e suas famílias, nomeadamente que o desenvolvimento e afirmação da IG é um percurso faseado no tempo, quer para as pessoas Trans quer para as famílias. Caso se constitua como um fator de *stress*, aciona um processo de ajuste ou adaptação com vista ao reequilíbrio familiar.

É um percurso permeado por sentimentos e emoções e por esforços para tornar a situação mais gerível, evidenciados pelas estratégias de *coping* que usam e os recursos familiares que mobilizam. Os esforços necessários dependem, em grande medida, da avaliação que as famílias fazem da situação, relativamente ao grau de tensão familiar que a afirmação da IG provoca no sistema familiar, os significados que lhe atribuem e a perceção que têm da sua capacidade para gerir a situação.

Neste sentido, a adaptação familiar bem-sucedida, refletida na afirmação da IG Trans pela família, é condicionada pela perceção familiar sobre a situação, pelos diversos elementos intrínsecos ao sistema familiar, nomeadamente os recursos familiares de que dispõe, assim como pela sua capacidade de *coping*. Por sua vez estes elementos são influenciados por fatores multisistémicos e em interação recíproca, designadamente pela visão social cisnormativa, o preconceito e a discriminação transversais a todos os níveis dos sistemas ecológicos onde os serviços de saúde se integram.

Compreender a dimensão ecológica e de bidirecionalidade dos elementos presentes no processo de adaptação familiar à afirmação de IG Trans, permite aos profissionais, em particular de ESF, criar condições promotoras da capitalização dos pontos fortes das pessoas Trans e suas famílias e encontrar soluções que vão de encontro às suas expetativas. A articulação da Teoria dos Sistemas Bioecológicos com o Modelo de Resiliência, Ajuste e Adaptação Familiar ao *Stress*, configura-se assim, numa estrutura teórica pertinente para a conceção de cuidados com as pessoas Trans e as suas famílias.

No presente estudo, nos termos de um dos seus objetivos tomado aqui como central, emergiu um conjunto de dimensões no âmbito da conceção de cuidados de saúde com as pessoas Trans e suas famílias, em contexto de saúde familiar que integra os seguintes aspetos: criação de espaço de partilha; escuta das vivências nos processos de afirmação da IG Trans; exploração dos recursos familiares e reconhecimento das expetativas sobre

o papel da equipa. Dimensões que encontram na entrevista familiar e na abordagem colaborativa a forma de descobrir, com as pessoas e as famílias, os sentidos para a (co)construção do processo de cuidados.

O reconhecimento da diversidade de IG a nível multisistémico e a capacitação da equipa de saúde familiar, surgem como sugestões de melhoria do processo de cuidados com as pessoas Trans e com as suas famílias. Incorporam o potencial de conformar o desenho de um projeto de intervenção, imperiosamente (co)construído em rede de parcerias e nos pressupostos da abordagem multidisciplinar e ecossistémica.

A ApS, alia uma associação civil (rede ex aequo), a academia (ESS – IPVC e Petúnia) e contextos da prática no âmbito da ESF (USF), na (co)criação e implementação de um manual de linguagem inclusiva. A ApS consubstancia-se, assim, na continuidade do percurso orientado para a (co)construção intencional e crítica de ambientes de CSP comprometidos com a qualidade e humanização dos cuidados.

O presente estudo representa apenas o início de um caminho de descoberta e de (co)construção com o qual nos comprometemos no presente e no futuro.

**PARTE III – PROCESSO DE BOLONHA NA INTERFACE COM O
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS**

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O ENP, parte da conjugação de conhecimentos, habilidades e competências decorrentes de experiências prévias, designadamente com os projetos 'Inclusão e Identidades de Género' e 'Petúnia' em articulação com a transferibilidade para a prática clínica dos adquiridos (de cariz essencialmente teórico e teórico-prático) na Pós-Graduação em ESF realizada em 2019. Numa jornada de descoberta de sentidos na prática especializada em ESF, na esteira de Collière (2006, 2012), investiu-se em (re)apreender o sentido dos cuidados como base da (co)construção do ENP. A pluralidade de vozes e saberes das pessoas, das famílias, da equipa multidisciplinar da USF e de *stakeholders* assumiram-se estruturantes neste processo.

Assente em lógicas de 'aprender fazendo', de 'aprendizagem ao longo da vida' e em abordagens participativas, de cocriação e de investigação-ação, reconhece-se a diversidade das fontes de saberes e a formação em contexto de trabalho como estratégia facilitadora e promotora da continuidade de aprendizagem e da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, particularmente de ESF. Valoriza-se o conhecimento teórico, essencial à compreensão e interpretação dos sentidos que emergem dos discursos e práticas das pessoas que nele participaram, incluindo os pessoais. Sentidos que conjugados com a melhor evidência disponível e a experiência profissional norteiam o juízo clínico e a tomada de decisão partilhada, basilares na prática baseada na evidência.

De acordo com o preconizado pela OE (2021), o ENP pautou-se pelo investimento na produção e divulgação científica, pela abordagem da prática baseada na evidência e pela utilização de referenciais teóricos da ESF como sustentação do processo de cuidados especializados de ESF com as pessoas, nomeadamente pessoas Trans e as famílias enquanto unidade sistémica, ao longo do seu ciclo de vida.

O ENP configurou-se, assim, num processo de aquisição e desenvolvimento de competências decorrente da relação dialética entre conhecimento teórico, a prática clínica e experiência, ao longo do tempo. Processo que, segundo Benner (2001), sucede em cinco níveis progressivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A cada nível a autora atribuiu características, comportamentos e necessidades de ensino/aprendizagem das PENF a saber:

No nível de iniciado, a PENF é inexperiente, tem necessidade de se focar em guias e protocolos e dificuldade em adequá-los ao contexto, pelo que precisa de acompanhamento de outros profissionais;

A experiência que a PENF possui no nível iniciado avançado permite-lhe identificar elementos que se repetem em situações idênticas. A PENF tem maior consciência auto e heteroavaliativa e procura ativamente fontes credíveis de informação;

A PENF competente consegue discernir os aspetos mais e menos relevantes de uma situação, prever o impacto das suas intervenções e, assim, delinear um plano objetivo a longo prazo que vá de encontro às necessidades das pessoas e famílias;

A PENF proficiente possui uma compreensão global e integrada das situações. Atribui grau de relevância aos múltiplos fatores envolvidos nas situações, reconhece subtilezas e sinais de alerta que permitem definir prioridades, planear cuidados antecipatórios e evitar a ocorrência de eventos adversos; e

No nível de perito, a PENF compreende e apreende de maneira intuitiva cada situação focalizando diagnósticos e soluções. É fluente nas respostas à situação e às suas mudanças modificando rapidamente a tomada de decisão e as intervenções.

Assim, o ENP foi norteado para o desenvolvimento progressivo de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas em ECESF. Para o efeito, a partir da evidência produzida com o estudo de investigação e dos *insights* decorrentes dos processos de (co)criação conformou-se um conjunto de ações (tabela 9) alinhadas com os seguintes objetivos: i) caraterizar o processo de cuidados saúde na ótica das pessoas Trans e famílias e na perspetiva da EQSF; ii) (co)construir um projeto de intervenção especializada em enfermagem familiar, no âmbito dos cuidados com pessoas Trans e suas famílias; iii) participar na implementação do projeto Petúnia, na ESS-IPVC, com vista à promoção de respostas adaptativas de pessoas Trans em transições de vida, designadamente no ensino superior e no mundo do trabalho e iv) perspetivar rede de parcerias de apoio à expressão e ao respeito pela pluralidade de identidades de género, em contexto de proximidade, no Alto Minho, em resultado do compromisso da enfermagem familiar com os direitos humanos e a cidadania+.

Tabela 9. - Ações estruturantes desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional

Ações estruturantes desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional
1 - Análise participada da situação
Estudo de Investigação: <i>Percursos de saúde familiar: vozes de pessoas trans, famílias e profissionais</i> ; Partilha e reflexão crítica com a EQSF.
2 – (Co)criação do projeto de intervenção Saúde Familiar ^{+IN}
Sensibilização e capacitação da equipa: Dinamização de momentos formativos com a associação Anémoma: <i>Formar para cuidar com pessoas Trans e suas famílias</i> ; Promoção do acesso da equipa a 2 seminários promovidos pela ESS-IPVC com a associação Amplos: <i>Partilha de vivências de famílias LGBTI+ e Cuidar famílias LGBTI+: perspectiva colaborativa na agenda de Enfermagem de saúde familiar</i> Dinamização de momentos de reflexão e análise com a equipa de enfermagem: <i>(Re)pensar a conceção de cuidados de enfermagem com famílias de pessoa Trans: (co)construção de procedimento de apoio à consulta.</i>
Apoio à prática clínica: Compilação e divulgação de base de recursos para profissionais e para pessoas Trans e famílias.
Advocacia: Pedido de esclarecimento ao Departamento do ACeS: <i>Identificação de pessoas Trans pelo secretariado clínico, nas Unidades Funcionais do ACeS</i> ; Pedido de reunião com Direção de Enfermagem e Direção Clínica dos CSP da ULSAM E.P.E.: <i>Apresentação dos resultados do estudo de investigação.</i> Divulgação do Dia Internacional da Visibilidade Trans redes sociais da ULSAM E.P.E. e afixação de cartaz na sala de espera da USF <u>(20+) ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho EPE Facebook.</u>
3 - Continuação da intervenção no Projeto Petúnia
Apresentação do projeto à direção da ESS- IPVC e Escola Inclusiva; Divulgação do projeto: sessão de acolhimento da ESS-IPVC e no Congresso Internacional de Investigação da ESS-IPVC, Investigação e Diferenciação de Cuidados. ESS-IPVC; Reunião com Escola Inclusiva: nome social nos documentos administrativos e instalações sanitárias sem diferenciação de género; ApS - <i>Linguagem Inclusiva: a linguagem que nos aproxima</i> : Reuniões com a associação rede ex aequo: proposta de parceria e planeamento da ApS: (Co)construção de manual de linguagem inclusiva com pessoas LGBTI+; Implementação numa unidade funcional do ACeS do Alto Minho, no âmbito da formação do Curso de Licenciatura em Enfermagem.
4 - Processo de cuidados de enfermagem com as pessoas e as famílias ao longo do ciclo vital
Realização de consultas de enfermagem com as pessoas e as famílias enquanto unidades sistémicas, inscritas na lista de utentes de uma EQSF da USF, utilizando o MDAIF.
5 - Formação Contínua

Ação de curta duração¹: *Orientação sexual, identidade de género, expressão de género e características sexuais* (7h);

Seminário Internacional – Interdisciplinar: *a Visibilidade LGBTQI+* (6h);

Ciclo Científico: *Diversidade, Equidade e Inclusão na Enfermagem e os seus desafios para as famílias* (2h);

¹Ação de sensibilização: *Diversidade de identidade de género, orientação sexual, expressão de género e características sexuais* (estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem) (3h);

I Congresso Internacional em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPVC: *Investigação e Diferenciação dos Cuidados* (14h);

XVI Encontro do Dia Internacional da Família: *30 Anos de comemorações ONU* (6h);

XXII Encontro Nacional: *Novas Políticas, novos rumos para os CSP* (18h);

Seminários no âmbito do II Curso do Mestrado ECESF da ESS-IPVC:

¹Partilha de vivências enquanto famílias LGBTQI+ (2h);

¹Cuidar famílias LGBTQI+: *Perspetiva colaborativa na agenda da Enfermagem Familiar* (4h);

Pessoas e famílias com diabetes tipo 2 (3h);

Saúde familiar: Enfermagem baseada na Evidência e a Competência Emocional e Processos Migratórios e Saúde Familiar” (6h);

Prevenção do suicídio no Ensino Superior (2h).

6 – Produção e divulgação científica

Scoping review: Processo de cuidado com famílias de pessoas Trans nos CSP: protocolo de scoping review (protocolo registado em *Open Science Framework* <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/HDNRY>)

Integração no projeto de investigação MAIEC Lab - MTA 3 – MAIEC & Underrepresented communities - *Pessoas Trans e empoderamento comunitário para a inclusão e acesso aos cuidados de saúde*. <https://sway.cloud.microsoft/s/mPW4NZlFfBaYK65G/embed>

Colaboração no reteste do FIAD: *Envolvimento da família e amigos na gestão da Diabetes em Adultos*.

Comunicação oral:

Barreiras aos cuidados de saúde com pessoas Trans e suas famílias: perspetivas da equipa de saúde familiar. - XXII Encontro Nacional: *Novas Políticas, novos rumos para os CSP* (Coimbra), onde se obteve o 3.º prémio;

Percursos de saúde familiar: vozes de pessoas Trans, famílias e profissionais - *Partilha de experiência do Estágio de Natureza Profissional* – II Curso do Mestrado em ECESF da ESS-IPVC (Viana do Castelo);

¹*O Petúnia integrado no INPEC+: um percurso de (co)construção da cidadania* - I Congresso Internacional em Enfermagem ESS-IPVC (Viana do Castelo);

Póster:

¹Apresentação de póster: *Das identidades de género ao Petúnia* - I Congresso Internacional em Enfermagem ESS-IPVC (Viana do Castelo).

¹Integradas no projeto Petúnia

Dada a ampla articulação entre as ações realizadas, cada delas potenciou o desenvolvimento de distintas competências. Por questões de sistematização, a relação entre as ações e as competências desenvolvidas encontra-se representada na matriz de competências (Apêndice IV).

Nos capítulos seguintes, partindo de lógicas andragógicas (Barros, 2018; Oliveira et al., 2024) e iniciada no processo de `conscientização` procede-se à análise das competências transversais no âmbito da formação avançada nos termos de Bolonha em articulação com as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas do enfermeiro de especialista em ESF (Regulamento n.º 428/2018, 2018). A reflexão e análise é fundamentada, ainda, nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESF (OE, 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015) e nas competências de prática avançada para enfermagem de família preconizadas pela IFNA (2017).

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Independentemente da área de especialidade, dos enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. São demonstradas através da capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados a um alto nível e de suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da assessoria, formação e investigação. Relativamente à investigação enfatiza-se a responsabilidade de decodificar, disseminar e produzir evidência relevante e pertinente, promotora da melhoria contínua da prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As competências comuns do enfermeiro especialista envolvem os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019), que de seguida se apresentam.

2.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A responsabilidade profissional, ética e legal foi transversal a todo o ENP, desenvolvido de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia. Assente na preocupação com o bem-estar das outras pessoas, a deontologia profissional de enfermagem sustenta-se num conjunto articulado de deveres, responsabilidades e direitos dos profissionais com os direitos das pessoas com quem (co)constroem o processo de cuidados. Fundamenta-se, assim, no reconhecimento e respeito pela singularidade e dignidade de cada pessoa envolvida no processo de cuidados, incluindo da PENF e na excelência exercício profissional desta como garante do direito das pessoas a cuidados de qualidade. Cuidados que exigem da PENF qualidade científica, técnica, humana e humanizadora (OE, 2015).

Neste entendimento, a responsabilidade profissional, ética e legal é evidenciada neste ENP pela persecução contínua das melhores práticas e da tomada de decisão assente no absoluto respeito pelos direitos humanos e pelas capacidades, crenças, valores e desejos da família enquanto unidade e de cada um dos seus membros, de acordo com os referenciais legais da profissão (OE, 2015; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O ENP no âmbito dos cuidados de saúde familiar com pessoas Trans e com as suas famílias emerge, precisamente, da preocupação com o reconhecimento e respeito pelos direitos humanos (Organização das Nações Unidas, 1948) especificamente os direitos das

peças Trans (Parlamento Europeu, 2011; 2021) e pela autodeterminação de IG enquanto direito legal (Lei n.º 38/2018, 2018). O ENP foi pautado pelo compromisso com a melhoria das práticas desenvolvidas nesta área de cuidados como forma de minimizar situações potencialmente comprometedoras do bem-estar e dos cuidados de saúde e maximizar a equidade no acesso das peças Trans e das suas famílias a cuidados de qualidade.

O estudo de investigação, validado pela Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM E.P.E., respeitou em todas as suas etapas os princípios éticos de autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade e consentimento informado. Assegurou, ainda, a proteção da reputação e o bom nome das instituições e dos participantes no mesmo, nos termos constantes da Declaração de Helsínquia. A elaboração do protocolo de investigação para submissão à Comissão de Ética permitiu articular e consolidar conceitos, desenvolver competências de sistematização e organização da fase metodológica, mas não menos importante, permitiu lembrar a importância, na prática diária, de cada princípio ético exigido no processo de investigação.

Escutar as vozes e os silêncios das peças Trans, das famílias e dos elementos da EQSF, permitiu conhecer as suas vivências, expectativas, apreensões e os seus valores e crenças relativamente à diversidade de IG. Interpretar as informações emergentes dos seus discursos à luz da evidência e dos modelos teóricos possibilitou compreender que os processos de desenvolvimento da IG vividos pelas peças e pelas famílias, embora possam partilhar algumas semelhanças, são únicos. Partilham o facto de serem mediados pelo efeito facilitador ou dificultador das crenças e valores dominantes em cada sistema ecológico e nos elementos que o compõe, incluindo nos serviços de saúde e nos profissionais. Os vários momentos dinamizados com a EQSF contribuíram para a compreensão coletiva desta problemática e para a conscientização de que as próprias crenças e experiências influenciam o processo de cuidados. Contribuíram também para realçar a importância em garantir que a tomada de decisão, nomeadamente de enfermagem, se alicerce na parceria efetiva com as peças Trans e com as suas famílias, nas suas preferências, na melhor evidência disponível, no conhecimento e experiência pessoal, as normas legais e nos princípios éticos e deontológicos da profissão.

O uso de linguagem e pronomes de acordo com a preferência das peças e evitar a visão cisnormativa foram das maiores dificuldades sentidas nesta área, mas que correspondem

também ao maior progresso pessoal. Realça-se que para o desenvolvimento desta competência, foram determinantes, as competências transversais adquiridas e desenvolvidas, inerentes a experiências prévias ao ENP. As competências sociais de empatia, comunicação e colaboração, e as competências de 'aprender a aprender' como a 'mentalidade' de crescimento, o pensamento crítico e a gestão da aprendizagem merecem particular destaque.

A empatia permitiu a aproximação e respeito pelas vivências das outras pessoas e pelo que é importante para elas, tendo-se constituído na motivação primordial para o desenvolvimento deste estágio. A competência de comunicação contribuiu para sentir maior segurança na exploração dessas vivências, valores, crenças e preferências e respeito pelos diferentes pontos de vista. Exercitar a colaboração foi essencial no desenvolvimento da abordagem colaborativa, de parceria com todas as pessoas envolvidas, primordiais nos processos de melhoria. A 'mentalidade' de crescimento, o pensamento crítico e a gestão da aprendizagem permitiram-me o desenvolvimento e otimização da tomada de decisão assente nas preferências das pessoas e famílias, na melhor evidência disponível, no conhecimento e saberes e no reconhecimento da importância da avaliação das práticas e dos seus resultados para o planeamento e implementação de programas de melhoria contínua.

Considera-se que a competência responsabilidade profissional, ética e legal foi amplamente desenvolvida, reconhecendo que que é posta à prova diariamente, pois as singularidades de cada pessoa, família e situação assim o exigem. Dito de outra forma, é tão essencial conhecer a amplitude da problemática e os fatores que poderão estar envolvidos, como são essenciais o autoconhecimento e o conhecimento individual de cada pessoa e família para um processo de cuidados que se quer personalizado.

2.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A melhoria contínua da qualidade parte da identificação de áreas a melhorar resultante da avaliação das práticas. Em consonância com os resultados da avaliação é definido, implementado e avaliado um plano de intervenção no sentido da melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Optou-se pela abordagem de investigação-ação por ser participativa, envolver intervenção no contexto da mudança, gerar coresponsabilidade das pessoas envolvidas no

sentido da melhoria contínua da qualidade da prática clínica (Vilelas, 2022). Características que são consonantes com as lógicas participativas, colaborativas, de cocriação e aprendizagem ao longo da vida, norteadores do ENP, mas também com os pressupostos da governação clínica e de saúde em uso nas unidades funcionais dos ACeS (Rodrigues & Felício, 2017).

A abordagem de investigação-ação é um processo que se desenvolve em ciclos de investigação, ação, reflexão e avaliação (definição do problema, planeamento, implementação e avaliação), progredindo em espiral com o objetivo de obtenção dos melhores resultados ou resolução de problemas. Potenciou o aperfeiçoamento pessoal das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade para o qual também contribuíram de forma mais destacada as ações *análise participada da situação* e a *(co) criação do projeto de intervenção Saúde Familiar*^{+IN}.

Estas duas ações, através das estratégias que as enformam, permitiram-me participar, promover o envolvimento e participação da EQSF, das pessoas Trans e das suas famílias na avaliação e conceção de um projeto institucional na área da qualidade com potencial de implementação nas diversas unidades do ACeS do Alto Minho. Para o efeito foi pedida reunião com a direção de enfermagem e dos CSP da ULSAM E.P.E.

Na realização destas duas ações assim como no *desenvolvimento do processo de cuidados de enfermagem com as pessoas e as famílias ao longo do ciclo vital*, considerou-se a gestão do ambiente centrado nas pessoas, nomeadamente nas pessoas Trans e nas suas famílias, como condição imprescindível para a efetividade terapêutica. Neste sentido, a ênfase conferida ao acolhimento e respeito pela diversidade das pessoas e famílias, demonstra proatividade na promoção da envolvência adequada ao seu bem-estar, no que concerne ao ambiente físico, psicossocial e cultural gerador de segurança e proteção.

As competências de empatia, comunicação e colaboração participam para o desenvolvimento das competências neste âmbito, a um mais alto nível, ao proporcionarem ferramentas promotoras de um ambiente terapêutico centrado nas singularidades culturais das pessoas, famílias e EQSF e da assunção do papel de gestão e dinamização de processos de (co)construção de projetos institucionais.

Considera-se que estes processos beneficiam das relações de proximidade e conhecimento prévio dos elementos que neles participam. Proximidade que pessoalmente

não possuía e foi causadora de algum constrangimento inicial, ultrapassado pela interação contínua com a EQSF e muito facilitado pelas suas características de acolhimento, mas sobretudo de abertura, curiosidade, pensamento crítico e compromisso com um exercício de qualidade, competências essenciais à aprendizagem ao longo da vida no sentido da melhoria contínua.

Desenvolver progressivamente o pensamento crítico e a capacidade de recolha, análise, interpretação e síntese de informações foi essencial para fundamentar conclusões e identificar soluções ou pelo menos estratégias de melhoria que embasem um projeto de intervenção no âmbito dos cuidados de saúde com as pessoas Trans e com as suas famílias. Não menos importante foi a capacidade conferida pela competência de empreendedorismo, de mobilizar recursos para transformar ideias em oportunidades de intervenção que criem valor e assim também desenvolver habilidades para a gestão de cuidados.

2.3. GESTÃO DOS CUIDADOS

A competência na gestão de cuidados é demonstrada pela otimização da articulação e das respostas da equipa assim como a adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, com vista à qualidade dos cuidados (Regulamento 140/2019, 2019).

O desenvolvimento desta competência exigiu o desenvolvimento prévio de competências pessoais a nível dos conhecimentos, habilidades e atitudes para as quais contribuíram todas as ações realizadas.

A continuação da intervenção no projeto Petúnia, a formação contínua e a produção e divulgação científica nomeadamente a realização da *scoping review* e a integração no projeto de investigação MAIEC Lab, contribuíram para a consolidação dos conhecimentos pessoais e consequentemente para a segurança no domínio da temática e na articulação com outras pessoas e equipas, essenciais à gestão dos cuidados.

A análise participada da situação e a (co)criação do projeto de intervenção Saúde Familiar^{+IN}, em particular os momentos de reflexão e partilha, a formação dinamizada pela associação Anémona e a atividade *(re)pensar a conceção de cuidados de enfermagem com famílias de pessoa Trans: (co)construção de procedimento de apoio à consulta* fomentaram a capacitação pessoal e da EQSF nesta área de cuidados. Para a qual

também concorreram as estratégias participativas utilizadas para recolha de dados com a EQSF, como *The World Café* (s.d.) e da técnica *Delphi* (Barretto & Heale, 2020; Nasa et al., 2021). Recorreu-se ao *The World Café* (s.d.) por gerar e fomentar o diálogo estratégico e colaborativo resultante do envolvimento coletivo e participativo para responder a questões relevantes. Optou-se pela técnica *Delphi* por ser um processo sistemático que tem assumido um papel crescente no desenvolvimento de orientações de melhores práticas (Nasa et al., 2021), nomeadamente de enfermagem (Barretto & Heale, 2020). Estruturada em diversas rondas, parte das opiniões individuais e anónimas de um conjunto de peritos sobre uma questão específica, para através da partilha gerar o desenvolvimento de uma visão consensual ou opinião coletiva (Barrett & Heale, 2020; Nasa et al., 2021). No ENP, partiu-se de três situações baseadas nos discursos das pessoas Trans e das famílias para conhecer as vivências, perceções e perspetivas da EQSF acerca dos cuidados de saúde com as mesmas. Com base nas descobertas anteriores utilizou-se a técnica *Delphi* para propiciar a reflexão de cada participante sobre os pontos de vista dos outros e sobre as suas próprias opiniões, de forma anónima para evitar possíveis constrangimentos nas respostas.

O desenvolvimento destas ações e as estratégias utilizadas exigiram capacidade de organização e gestão dos recursos físicos e matérias, da disponibilidade de todas as pessoas envolvidas, assim como, das dificuldades e expetativas pessoais. Para o efeito muito contribuíram as habilidades de autorregulação, flexibilidade e bem-estar adquiridas ao longo da vida.

Através da capacitação da EQSF concorreu-se para a melhoria do processo de cuidados, ao nível da tomada de decisão e da articulação intra e inter equipas. Reconhece-se que a interação com a equipa decorrente dos processos de (co)criação fomentou um ambiente positivo e favorável à prática e aos processos de inovação e mudança. As competências de empatia, comunicação e colaboração foram reconhecidamente determinantes. Neste sentido, o desenvolvimento pessoal de competências envolveu a capacitação da equipa para a tomada de decisão conducente a processos de cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Salienta-se que ao longo do estágio, se constatou na equipa aperfeiçoamento da prática neste domínio e da melhoria contínua, evidenciada pela segurança na referenciação de pessoas Trans para consulta hospitalar no âmbito da afirmação de género, na orientação

para a comunicação inclusiva escrita e visual nos panfletos elaborados pelos estudantes do Cursos de Licenciatura em Enfermagem e na 'confiança' no desenvolvimento do processo de cuidados com as pessoas Trans e com as suas famílias.

2.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais é demonstrado pela capacidade de autoconhecimento acerca dos próprios recursos e limites pessoais e profissionais, pelo reconhecimento da sua influência na relação profissional, assim como pelo desenvolvimento de uma prática especializada baseada em evidência (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A consciência da influência das crenças, forças e vulnerabilidades pessoais na relação com as pessoas, famílias e com a equipa multidisciplinar (Gotllieb, 2016; IFNA, 2017; Shajani & Snell, 2023) está presente desde a Pós-Graduação em ESF. Assim como a valorização das crenças, saberes e preferências das pessoas e famílias e da melhor evidência científica disponível para o desenvolvimento da prática baseada em evidência. Contudo, reconhece-se o desenvolvimento das competências neste domínio para um nível mais elevado, para o qual contribuíram as experiências com os projetos 'Inclusão e Identidades de Género' e 'Petúnia' e de todas as ações realizadas no decorrer do ENP. O ENP desafiou a uma reflexão crítica, quer pessoal quer da EQSF, sobre as próprias crenças e preconceitos acerca da diversidade de IG e a forma como estas podem interferir no processo de cuidados de saúde com pessoas Trans e com as suas famílias. Percebeu-se que a visão dos profissionais, cisnormativa e binária quanto ao género, potencia o não reconhecimento da existência das pessoas com diversidade de IG e consequentemente, a ocorrência de situações discriminatórias, mesmo que inconscientemente. Esta invisibilidade, ademais de comunicar uma atitude de não reconhecimento das pessoas Trans e dificultar a relação, dificulta também a exploração de preocupações e necessidades sentidas, condicionando o processo de cuidados. O maior nível de desenvolvimento da autoconsciência neste âmbito gerou uma atitude mais atenta e intencional sobre a prática permitindo identificar dificuldades e encontrar formas de as ultrapassar e de avaliar o progresso. A título de exemplo, a consciência do impacto do uso de linguagem ou pronomes adequados no bem-estar das pessoas Trans, bem como na atitude da família, exigiu de mim atenção deliberada no seu uso na prática clínica. Esta postura mais atenta e intencional desocultou dificuldades no uso de linguagem inclusiva

nunca percebidas e despoletou a necessidade de encontrar formas de as colmatar. Nesse sentido, surge a ApS *Linguagem Inclusiva: a linguagem que nos aproxima*.

Assim, o ENP é orientado para o desenvolvimento da prática baseada em evidência, ou seja, para o uso das melhores evidências disponíveis na sustentação da tomada de decisão com as pessoas e famílias ao longo do processo de cuidados, considerando os seus valores, crenças e preferências. A prática baseada em evidências requer raciocínio clínico para integrar informações e conhecimentos oriundos das pessoas e famílias, da experiência profissional e das evidências de pesquisa, essencial para (co)construir o processo de cuidados que seja significativo para as pessoas e famílias.

A *análise participada da situação* através do estudo de investigação e da partilha e reflexão crítica com a EQSF, permitiu identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação e intervenção. A *(Co)criação do projeto de intervenção Saúde Familiar* ^{+IN} através das suas diversas atividades permitiu o desempenho de um papel facilitador nos processos de aprendizagem e de promoção da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados. Permitiram também o planeamento e a implementação de processos de formação no sentido da conceção de padrões e procedimentos para a prática. em particular de ESF, perspetivando ganhos em saúde das pessoas Trans e das suas famílias.

O desenvolvimento de competências no âmbito da investigação desde a identificação de lacunas, produção e divulgação de resultados foi assegurado pela realização do estudo de investigação, da *scoping review* e das comunicações orais e em póster. Considera-se que o nível de competência neste domínio ainda é de 'iniciado', com necessidade de investimento nesta área. A integração no projeto de investigação MAIEC Lab - MTA 3 – MAIEC & Underrepresented communities - *Pessoas Trans e empoderamento comunitário para a inclusão e acesso aos cuidados de saúde*, configura-se na oportunidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuo das competências em investigação.

As competências de 'aprender a aprender' foram essenciais neste processo, já que que conjugam 'mentalidade' de crescimento com o pensamento crítico e a motivação para aplicar as aprendizagens desenvolvidas no sentido do aperfeiçoamento ao longo da vida e do desenvolvimento de competências específicas em ESF.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A prática especializada do enfermeiro especialista em ESF norteada pelos Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar exige procura permanente da excelência no exercício profissional. O enfermeiro especialista em ESF é o profissional de referência que garante o acompanhamento especializado da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, na persecução dos seus mais altos níveis de satisfação, da promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de saúde (OE, 2017; Regulamento n.º 367/2015). Para o efeito, o enfermeiro especialista em ESF, possui um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, tendo por base as seguintes competências específicas: cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (IFNA, 2017; Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Em seguida, procede-se à análise e reflexão sobre esta jornada de descoberta de sentidos decorrentes do encontro entre a prática e gestão de cuidados, a formação e a investigação, estruturantes do desenvolvimento das competências específicas e do cuidar em ESF.

3.1. CUIDA A FAMÍLIA, ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS, E DE CADA UM DOS SEUS MEMBROS, AO LONGO DO CICLO VITAL E AOS DIFERENTES NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Em conformidade com os referenciais nacionais e internacionais para a prática especializada de ESF (IFNA, 2017; OE, 2017, 2021, 2023; Regulamento n.º 367/2015, 2015; Regulamento n.º 428/2018, 2018), o ENP assentou numa visão ampla da família, privilegiando-se a família enquanto sistema e elemento da sociedade. Nesta perspetiva, reconhece-se a influência recíproca da inter e intra relação entre os seus membros, os subsistemas e os sistemas mais amplos e ecológicos, na saúde de cada membro e simultaneamente na saúde familiar, assim como, o potencial do sistema familiar como promotor de saúde. Consideram-se as transições desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital, as transições de saúde e doença, e os fatores de *stress* familiar como potenciais

desencadeadores de processos adaptativos. Assim, com base nos pressupostos da relação colaborativa, de efetiva parceria, o PCE foi (co)construído com as famílias enfatizando as forças e recursos da pessoa, família e comunidade como forma de identificar precocemente determinantes da saúde com impacto na saúde familiar e potenciar a capacitação da família para fazer face às exigências das situações adversas.

A articulação entre os referenciais teóricos de enfermagem, particularmente da ESF, os conhecimentos que decorreram da sua aplicação na prática, da evidência e dos processos de (co)criação revelou-se estruturante para a construção do percurso teórico que sustentou o ENP. O aprofundamento e consolidação do percurso teórico conjuntamente com todas as ações realizadas contribuíram e fortaleceram o desenvolvimento de uma prática intencional no âmbito dos cuidados com a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.

A realização de consultas de enfermagem permitiu treinar e estabelecer uma relação colaborativa com as famílias inscritas na lista de utentes de uma EQSF da USF, em diferentes etapas do ciclo vital e diferentes transições. Permitiu desenvolver com as famílias o processo de cuidados de acordo com as suas necessidades e com elas identificar as suas forças e definir os objetivos no sentido da promoção, manutenção ou fortalecimento da saúde, da prevenção de doenças e controlo de situações complexas.

A reciprocidade da relação PENF/família baseia-se na confiança decorrente desta interação que evolui com o tempo. Reconheço que não possuir relação prévia com as famílias, em algumas situações, dificultou o desenvolvimento do processo de cuidados, visto que a profundidade da avaliação familiar requer um nível de confiança elevado para que as famílias estejam disponíveis para partilhar as suas preocupações, vulnerabilidades e forças familiares e a intervenção familiar adequada depende da profundidade da avaliação familiar.

Para construção da relação colaborativa essencial à criação de um ambiente seguro discussão de temas difíceis com a família, apelei às competências transversais como a empatia, comunicação e colaboração. A `mentalidade` de crescimento e pensamento crítico potenciou a minha capacidade de avaliar as respostas das famílias e a eficácia dos cuidados na consecução dos objetivos familiares. Potenciou também, o meu envolvimento ativo e intencional na prática de ESF e na procura de orientação

contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo no sentido da melhoria da prática.

A abordagem colaborativa foi essencial na colheita de dados para o estudo de investigação e ao desenvolvimento do PCE com as famílias em todas as suas etapas, nomeadamente na avaliação diagnóstica do estado de saúde da família, propiciando a partilha de crenças e sentidos atribuídos pelas pessoas e famílias aos seus processos de vida e saúde. Permitiu, ainda, a 'descoberta' e promoção de recursos familiares fundamentais a processos de ajuste ou adaptação (OE, 2021; 2023; Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Tendo em atenção a disponibilidade de tempo das famílias, privilegiou-se as que pela sua situação particular iriam realizar múltiplas consultas de enfermagem no período de estágio. Esta estratégia maximizou as oportunidades de desenvolver o PCE com as famílias em diversas etapas do ciclo vital, em todas as suas fases, desde a avaliação inicial até à avaliação dos resultados das intervenções. Como preconizado para o exercício especializada de ESF (Regulamento n.º 428/2018, 2018), com o ENP envolvi-me de forma ativa e intencional na prática de ESF, na globalidade de situações, desenvolvendo uma prática baseada na evidência científica. Desenvolvi competências no âmbito da construção do plano de cuidados para alcançar resultados desejados pelas pessoas e famílias, designadamente em termos de monitorização das respostas familiares às diferentes condições de saúde e de doença, de colaboração com a família e de intervenção e facilitação da resposta familiar às transições em situações complexas no, sentido da promoção e na recuperação do seu bem-estar e de avaliação da eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares.

Para a sistematização do PCE utilizou-se como guia operativo o MDAIF (Figueiredo, 2012). De acordo com o modelo, realizou-se a avaliação e intervenção familiar nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional como explanado no enquadramento teórico e procedeu-se à sua documentação.

A condição de estagiária permitiu-me maior disponibilidade de tempo para a realização das consultas de enfermagem, do que a existente na prática clínica diária. A falta de tempo para os cuidados de enfermagem com as famílias é antiga, motivou Wrigth e Leahey em 2000 a produzir um guia de como fazer uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família (Shajani & Snell, 2023). Na verdade, nem a organização do trabalho de enfermagem nem a legislação refletem a valorização dos cuidados com as famílias,

enquanto unidade de cuidados, presente frequentemente nos discursos institucionais e dos PENF. Com efeito, até os termos utilizados na legislação que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF tem sofrido alterações que invisibilizam essa valorização. Em 2007, o artigo 9.º, ponto 2 do Decreto-Lei n.º 298/2007 (2007), determinava que a lista de utentes de cada PENF era constituída pelos utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica, enquanto o ponto 1 referia-se aos utentes inscritos por MGF, designados em lista, privilegiando-se a estrutura familiar. Linguagem que aponta, no meu entendimento, para o reconhecimento da família como o foco de cuidados de enfermagem e das intervenções autónomas de enfermagem. A partir de 2017, no Decreto-Lei n.º 73/2017 o ponto 2 é revogado, 'cai' o termo famílias e a redação passa a referir-se à lista de utentes inscritos por PENF e MGF com dimensão relacionada com unidades ponderadas (1917) e um número médio de utentes (1550), privilegiando a estrutura familiar. A família como unidade deixa de ser condição essencial e as unidades ponderadas que indicam a carga de trabalho são calculadas, independentemente do grupo profissional, em função do número de utentes por determinadas faixas etárias e nunca relacionadas com famílias. O que expressa uma clara desvalorização e invisibilização da prática especializada em ESF e não incentiva ao desenvolvimento sistemático do PCE com as famílias enquanto unidade de cuidados. Outro aspeto dificultador é o número excessivo de famílias que compõe a lista de utentes de cada PENF. A título de exemplo, a lista de utentes da EQSF com quem desenvolvi o ENP era constituída por 724 agregados familiares, o que quase duplica o máximo de 400 famílias preconizado em 2007.

No âmbito da PCE com as pessoas Trans e com as suas famílias, destaco a lacuna de orientações ou normas técnicas no âmbito do processo de cuidados em contexto de saúde familiar com pessoas Trans. Também, não foram encontradas orientações que abordem os cuidados de saúde com as famílias de pessoas Trans, em particular os cuidados de enfermagem. A nível nacional, em 2019, a Direção Geral da Saúde elaborou estratégia de saúde para as pessoas LGBTI, centrada no trajeto, acompanhamento clínico e procedimentos hormonais e cirúrgicos de reatribuição e de reconfiguração de sexo (Portugal, 2019). Manifestamente insuficiente para respaldar os cuidados de saúde ao longo da vida das pessoas Trans, já que o desenvolvimento da IG e a necessidade de cuidados que lhes está inerente surgem muito antes da decisão da pessoa realizar

hormonoterapia ou cirurgia e podem nem sequer vir a estar relacionadas com este tipo de medidas afirmativas, pois não são a opção de todas as pessoas Trans.

Para o desenvolvimento de competências necessárias aos cuidados com famílias de pessoas Trans foi primordial a realização do *estudo de investigação*, quer do processo em si quer dos resultados que dele emergiram em articulação com a revisão da TSBE e do MRSFAA, os resultados da *scoping review* acerca do *processo de cuidado com famílias de pessoas Trans nos CSP e continuação da intervenção no projeto Petúnia* que me proporcionou uma maior compreensão da complexidade que pode imprimir a transição das pessoas Trans para o ensino superior. Simultânea e reciprocamente contribuíram para a atividade *(re)pensar a conceção de cuidados de enfermagem com famílias de pessoa Trans: (co)construção de procedimento de apoio à consulta*.

Esta atividade revestiu-se de especial importância, pois exigiu a síntese e sistematização dos conhecimentos e aprendizagens adquiridas ao longo do estágio. Foi desenvolvida com os objetivos de, com a equipa de enfermagem, compreender o processo de adaptação das famílias à afirmação de IG Trans de um dos seus membros e de refletir e sistematizar o PCE com famílias de pessoas Trans. Para o efeito, foram dinamizados dois momentos com a equipa de enfermagem. No primeiro momento desafiou-se a equipa a identificar os elementos a integrar o PCE (o que explorar/ avaliar, como avaliar, diagnósticos e intervenções possíveis), através da leitura e análise dos resumos elaborados para a compreensão da família de pessoas Trans numa perspetiva sistémica, ecológica e de adaptação a situações de *stress*. No segundo momento discutiram-se e sistematizaram-se os resultados do desafio anterior, traduziram-se os resultados para linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e exploraram-se as possibilidades e dificuldades de documentação no sistema de informação. Concomitantemente, esta atividade contribuiu para a capacitação da equipa de enfermagem para o PCE com famílias de pessoas Trans e para servir de ponto de partida a uma futura atividade - a elaboração de um documento de apoio à consulta de enfermagem com famílias de pessoas Trans -. Um dos *insights* desta atividade foi verificar que o MDAIF permite a avaliação dos elementos presentes nos processos de ajuste e adaptação familiar do MRSFAA.

O estudo de investigação permitiu identificar com as famílias as suas preocupações, necessidades, resultados desejados e realizar intervenções para alcançar esses resultados.

Com base nas intervenções sugeridas por Figueiredo (2023) e Shajani e Snell (2023), das intervenções realizadas destaco a própria entrevista que pelas perguntas circulares utilizadas constituem um incentivo à narrativa das suas experiências com consequente reenquadramento. A entrevista como intervenção permite às famílias ouvir em voz alta a sua própria história e, assim, reconsiderar a gravidade conferida ao seu problema e objetivar as soluções pretendidas.

Com as famílias de pessoas Trans a entrevista possibilitou a oferta de suporte informativo, valorização e conotação positiva dos pontos fortes, apoio na identificação de recursos familiares, na mobilização de recursos comunitários, na identificação das consequências do *coming out* familiar e da capacidade de lidar com elas. Permitiu também a validação da naturalização da diversidade de IG facilitando a integração de novas crenças, validação das respostas emocionais ao processo de afirmação e a articulação com outros profissionais da equipa. Com outras famílias foi possível treinar, algumas das intervenções elencadas por Figueiredo (2023) e para as quais me sentia preparada para a sua execução, tais como: o genograma como uma técnica de intervenção para além de avaliativa, a entrevista motivacional, conversa terapêutica e o reenquadramento. Considero ter atingido um nível de proficiência mais elevado no desenvolvimento de competências de avaliação familiar comparativamente com o desenvolvimento das competências de intervenção familiar. Reconheço a necessidade de mais treino das técnicas de intervenção, área que será de investimento na prática clínica.

As atividades desenvolvidas mostraram que a parametrização dos sistemas de informação não é facilitadora da documentação do PCE com as famílias. As intervenções de avaliação e intervenção familiar não aparecem sugeridas e, portanto, não são de acesso rápido já que tem de ser pesquisadas individualmente. O sistema de informação usa a versão da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem anterior a 2015, que em comparação com as versões posteriores possui um número exíguo de focos de atenção relacionados com a família enquanto sistema, dificultando a documentação. Esta, ao espelhar o PE enquanto metodologia científica, torna explícito o pensamento crítico, raciocínio clínico e tomada de decisão de enfermagem, produz informação que contribui para a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Santos, 2017; Toney-Butler & Thayer, 2023) e simultaneamente contribui para a validação e visibilidade da enfermagem enquanto prática clínica e disciplina (Sousa & Figueiredo,

2021) imprescindível para uma área emergente como a ESF. A documentação do PCE com as famílias constitui-se, assim, numa área de urgente investimento e melhoria. Por último, saliento a cooperação de todas as atividades da ação *(co)criação do projeto de intervenção Saúde Familiar* ^{+IN} no garante da segurança e a qualidade dos cuidados em saúde e na promoção de ambientes seguros e saudáveis para todas as pessoas e famílias, particularmente no âmbito da diversidade da IG. Atividade desenvolvida com os elementos de todos os grupos profissionais da USF que concorre concomitantemente para o desenvolvimento da competência de liderança e colaboração nos processos de intervenção.

3.2. LIDERA E COLABORA NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O ENP permitiu o desenvolvimento da competência específica de liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, de acordo com o preconizado nos referenciais para a prática especializada de ESF (IFNA, 2017; OE, 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015; Regulamento n.º 428/2018, 2018). Assim, ao longo do ENP comprometi-me com uma prática intencional de promoção da melhoria dos resultados da saúde familiar através do desenvolvimento de uma atitude colaborativa e de liderança e da capacidade de articulação com outras equipas de saúde e organizações e mobilização dos recursos necessários para a prestação de cuidados à família, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais. Assumi o papel de 'elo de ligação' entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade visando a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Desenvolvi habilidades para a gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção participando ativa e deliberadamente no desenvolvimento de medidas relacionadas com a saúde e os direitos das pessoas e família.

Em conformidade com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2017; Regulamento n.º 367/2015, 2015) o ENP partiu do estudo de investigação que emergiu da reflexão sobre, para e na prática de cuidados e foi enriquecido pelo investimento nos processos de formação contínua. A realização da ação *(co)criação do projeto de intervenção Saúde Familiar* ^{+IN} permitiu-me assumir um agir intencional e crítico dentro da equipa multidisciplinar revigorar a convicção de que as realidades (co)constroem-se e transformam-se na persecução da maximização de ganhos em saúde.

Esta atividade envolveu todos os elementos da equipa, propiciando o aperfeiçoamento na promoção da colaboração interdisciplinar que resultou na sensibilização da equipa para as condicionantes do processo de cuidados de saúde com as pessoas Trans e com as suas famílias e na identificação de dimensões e sugestões de melhoria que conformam um projeto de intervenção no sentido da mudança na equipa e no sistema organizacional. Para maximizar e ampliar o potencial de mudança e em simultâneo advogar pelo direito das pessoas Trans e das famílias à equidade no acesso a cuidados de saúde de qualidade, foi pedida uma reunião com a Direção de Enfermagem e Direção Clínica dos CSP da ULSAM E.P.E. para apresentação dos resultados do estudo de investigação.

O desenvolvimento da cooperação interdisciplinar, a difusão do processo de pensamento e análise crítica da ESF e a divulgação de evidência, foi favorecido pelo desenvolvimento das competências transversais de empatia, comunicação e colaboração. O desenvolvimento de 'mentalidade' de crescimento, propiciou o pensamento e análise crítica e a integração da investigação e evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. Em conjunto permitiram desenvolver habilidades para participar no planeamento, implementação e avaliação de programas de saúde familiar e habilidades de liderança da promoção de uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. A promoção de uma cultura organizacional, de formação e prática interprofissional foi assegurada pelos momentos de discussão e partilha realizados na ação de *análise participada da situação* e pelas atividades da ação *(co)criação do projeto de intervenção Saúde Familiar* ^{+IN}. Destacam-se os momentos formativos com as associações Anémona e Amplos, os momentos de análise e reflexão com a equipa de enfermagem sobre a conceção dos cuidados de enfermagem com famílias de pessoa Trans. Saliento que a comparação da avaliação da autoperceção dos elementos da EQSF sobre os seus conhecimentos no âmbito da diversidade de IG antes e depois do primeiro momento formativo com a associação Anémona aumentou em todas os tópicos em análise. A compilação e divulgação de uma base de recursos digital para profissionais e para pessoas Trans e famílias, foi uma estratégia de melhoria que emergiu do estudo de investigação como estratégia de apoio à prática clínica e de divulgação de recursos informativos e de apoio às pessoas e famílias.

A continuação da intervenção no projeto Petúnia permitiu-me participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de projetos em parceria, com impacto na prática clínica de

profissionais e futuros profissionais. Neste contexto surge a *ApS - Linguagem Inclusiva: a linguagem que nos aproxima* em parceria com a associação rede ex aequo, permitindo simultaneamente responder a um objetivo institucional do IPVC e a uma necessidade evidenciada nos resultados do estudo de investigação. Envolve a (co)construção de um manual digital de linguagem inclusiva com pessoas LGBTI+ de apoio aos serviços de saúde, a sua implementação numa experiência piloto no âmbito da formação do Curso de Licenciatura em Enfermagem e numa unidade funcional do ACeS do Alto Minho e a avaliação da implementação com vista à introdução das melhorias identificadas. Esta atividade permite-me a continuidade de aperfeiçoamento e desenvolvimento pessoal e profissional nesta área de cuidados.

O projeto de investigação *MAIEC Lab - MTA 3 – MAIEC & Underrepresented communities - Pessoas Trans e empoderamento comunitário para a inclusão e acesso aos cuidados de saúde* pretende estudar o impacto da utilização do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) de Melo (2020) para a inclusão e acesso aos cuidados de saúde das pessoas Trans. Tem como objetivos identificar as necessidades de saúde das pessoas Trans residentes em Portugal; os *stakeholders* promotores da inclusão e acesso aos cuidados de saúde das pessoas Trans; o nível de empoderamento comunitário para a inclusão e o acesso aos cuidados de saúde das pessoas Trans; o diagnóstico de enfermagem no processo comunitário, para a inclusão e o acesso aos cuidados de saúde das pessoas Trans e os ganhos em saúde comunitária e de empoderamento comunitário com a utilização da matriz de decisão clínica do MAIEC para a inclusão e o acesso aos cuidados de saúde das pessoas Trans. A integração como investigadora colaboradora neste projeto proporciona-me a possibilidade de continuidade de aperfeiçoamento e desenvolvimento e possibilidade de contribuir para a melhoria do acesso das pessoas Trans aos cuidados de saúde. Concomitantemente propicia o desenvolvimento de competências de investigação, trabalho em equipa multidisciplinar e articulação e parceria entre unidades funcionais.

Ativa e intencionalmente participei no desenvolvimento de ações e medidas relacionadas com a advocacia da saúde e dos direitos das pessoas Trans e das famílias. Por definição, a advocacia da saúde combina ações individuais e sociais com o propósito de conseguir o compromisso ou o apoio político, ou dos sistemas e/ou a aceitação social para um determinado objetivo (*World Health Organization*, 2021). No âmbito do projeto 'Petúnia'

exerceu-se *lobbying* junto do IPVC, para o cumprimento do direito ao uso do nome social nos processos administrativos da instituição e para reestruturação de instalações sanitárias. Em resultado, pelo menos um estudante viu garantido o seu direito ao uso do nome social nos documentos escolares, facilitando o processo para outros estudantes. Aguarda-se resultado da avaliação da viabilidade da proposta de existência de pelo menos uma instalação sanitária, por edifício em cada escola do IPVC, sem sinalética de diferenciação de género. Destaco a integração de um estudante e uma docente do `Petúnia` na Comissão de Igualdade do IPVC como sinal de que as vozes do `Petúnia` foram escutadas e validadas. Esta é uma oportunidade de participação ativa na cocriação de valor para um IPVC cada vez mais sustentável e inclusivo, indo de encontro aos desígnios da instituição (IPVC, s.d.). É uma oportunidade de promover uma visão do género que suplante o binarismo, de (co)construir condições potenciadoras da igualdade de géneros e do livre exercício do direito à autodeterminação da IG e expressão de género.

A *advocacia da saúde* pode assumir diversas formas. Uma dessas formas é, no âmbito do `Petúnia`, a integração da temática *diversidade de IG, orientação sexual, expressão de género e características sexuais* nas unidades curriculares `saúde familiar` e `saúde sexual e reprodutiva` do Curso de Licenciatura em Enfermagem e nos seminários *partilha de vivências de famílias LGBTI+ e cuidar famílias LGBTI+: perspectiva colaborativa na agenda de ESF* do Mestrado em ECESF, dinamizadas respetivamente pelas associações rede ex aequo e Amplos. Contribuíram para o desenvolvimento de aprendizagens, aperfeiçoamento pessoal e profissional, mas não menos importante, propiciaram o exercício de empatia, aproximando-nos das realidades das pessoas Trans e das suas famílias potenciando a tomada de consciência para a iniquidade no seu acesso aos cuidados de saúde e ao papel que nos cabe de defensores da saúde a todos os níveis da sociedade. Ainda na esfera da defesa da saúde e direitos da família, no sentido de ser partilhada com o grupo de acompanhamento da implementação da estratégia de saúde para as pessoas LGBTI (Despacho n.º 5643/2023, 2023), partilhou-se com as associações Anémoma e Amplos a preocupação com o facto do referido grupo, o qual integram, não possuir na sua composição nenhum representante dos CSP e da impossibilidade do registo do nome social e dos pronomes, em campo visível, no sistema informático em uso nos CSP.

Num compromisso com a inclusão, qualidade e com a humanização dos cuidados de saúde e a necessária desocultação das diversidades, nomeadamente de IG, nos cuidados de saúde familiar, assinalou-se o Dia Internacional da Visibilidade Trans através da divulgação nas redes sociais da ULSAM E.P.E. e afixação de cartaz na sala de espera da USF com *QRCode* para acesso a informação sobre recursos de apoio. No *términus* do ENP, usando uma estratégia que emergiu do estudo de investigação para promover a visibilização da abordagem afirmativa da diversidade de IG, ofereceu-se aos elementos da EQSF um `pin` e uma `bandeirola` de secretária com as cores da bandeira do progresso do orgulho LGBTI+ (Baltarejo, 2023).

Em suma, reconhecidamente tratou-se de um percurso em que a partir da descoberta intencional de sentidos entre quem cuida pessoas e famílias e de quem é cuidado (Collière, 2003, 2012) e da valorização da sistematização dos saberes experienciais (Holliday, 2006, 2018) em complementaridade com as aquisições académicas formais, da auto, hétero e ecoformação (Freire, 1979, 1996), desenvolvi um conjunto de competências pessoais profissionais, organizacionais e transversais (Mccallum et al., 2018; Sala et al., 2020) de alto nível.

As competências preconizadas para a EESF foram atingidas, bem como as competências preconizadas por Bolonha globalmente para o 2.º ciclo de formação. Fica, porém, a certeza da incompletude dos `saberes e competências` numa sociedade em mudança (ainda que nem sempre no sentido da evolução humana) e, por isso, o compromisso de aprendizagem constante comigo, com as pessoas e famílias que cuido, com quem trabalho e com a profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este foi um percurso em espiral, enriquecido pela pluralidade de saberes e de verdadeira aprendizagem na (co)construção com pessoas, famílias, profissionais, associações e entidades. É apenas o fim de uma etapa e, fundamentalmente, o princípio de um percurso especializado em enfermagem de saúde familiar.

Assente na (co)construção como conceção estruturante, conseguido o consenso no âmbito da EQSF quanto à pertinência do desenvolvimento na esfera dos cuidados com pessoas Trans e famílias, o ENP parte da evidencia científica existente, complementada pelo conhecimento emergente das vozes e silêncios das pessoas Trans, das suas famílias e dos elementos da equipa multidisciplinar. Ruma para o (re)pensar a conceção de cuidados de enfermagem especializada em ESF e para a prática baseada na evidência. De facto, cuidar é considerar ambos os parceiros de cuidados, em que cada um possui elementos que contribuem para o processo de cuidados e a primeira fonte de conhecimento é a pessoa (Collière, 2012) e a família. É, ainda, assumir o pressuposto de que a prática baseada na evidência assenta na articulação entre a melhor evidência disponível, o conhecimento emergente da experiência dos profissionais e as preferências e singularidades das pessoas e das famílias. Reconhece-se a consolidação de conhecimentos teóricos ao longo deste percurso e a relevância de modelos teóricos para a compreensão das pessoas Trans e das suas famílias para a avaliação e intervenção familiar, potenciados pela sua integração e aplicação na prática, num evidente contributo para a melhoria da prática clínica especializada.

Com base nestes pressupostos e reflexões assume-se que foram plenamente cumpridos os objetivos iniciais. Foi possível caracterizar o processo de cuidados de saúde com pessoas Trans, com as suas famílias e a equipa de saúde, nos termos enunciados nas conclusões do estudo. Os resultados obtidos em complementaridade com os adquiridos na formação especializada em contexto formal e experiencial permitiram conformar o desenho de um projeto de intervenção especializada em enfermagem familiar. Foi possível manter a participação na implementação do Projeto Petúnia, na ESS-IPVC e perspetivar rede de parcerias de apoio à expressão e ao respeito pela pluralidade de identidades de género.

Considera-se também, que foram amplamente desenvolvidas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, bem como, as preconizadas por Bolonha no âmbito da

qualificação com o grau de mestre. Neste contexto, destaca-se o aprofundamento de competências transversais essenciais à prática de enfermagem especializada que se pretende no caminho da 'Excelência' a que as pessoas e famílias têm direito e que contribuíram, de grande maneira, para o desenvolvimento das competências especializadas. Realça-se ainda a investigação, tanto na produção de evidência como na sua divulgação, que serão aprofundadas e continuadas com a integração como investigadora colaboradora no projeto de investigação MAIEC Lab.

No decorrer do ENP foi também evidente o seu impacto nos elementos da equipa da USF, não só pela aquisição de conhecimentos, também pela possibilidade de aplicarem os conhecimentos na prática, mas principalmente pelo reconhecimento da importância de uma abordagem que afirme a diversidade de identidades de género, graças, muito às metodologias participativas, mas sobretudo graças às características da equipa. Em conjunto conseguiu-se contribuir para uma prática colaborativa baseada na evidência, e para a construção participada de ambientes de cuidados de saúde familiar inclusivos, promotores de cuidados de saúde adequados e significativos para as pessoas Trans e as suas famílias.

O Manual de Linguagem Inclusiva (em construção) com envolvimento de estudantes e docentes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, em parceria com a associação rede ex aequo e pessoas enfermeiras de uma USF, para além de se constituir como um dos fatores de sustentabilidade do projeto, por ser a primeira experiência de ApS na ESS - IPVC, contribui para um objetivo institucional. Valorizo, ainda, esta experiência enquanto estratégia de inovação pedagógica, como a sua aplicabilidade em prol de transformações sociais mais justas e humanas. Não deixa de ser um contributo de pensar global e agir local.

Acima de tudo, foi um percurso de aperfeiçoamento, enriquecimento e transformação pessoal e profissional que evidenciou a importância da (co)criação, das parcerias, da otimização de sinergias e da aprendizagem ao longo da vida. Desocultou a relevância do reconhecimento da pluralidade e singularidade humana numa ótica de respeito pelos direitos humanos e da advocacia em defesa dos direitos das pessoas e famílias, nomeadamente do direito a ser.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P. D., Palha P. F., Andrade, R. L. P, Almeida, S. A., Nogueira, J. A., & Monroe, A. (2022a). Atenção integral à saúde dos adolescentes transgêneros: subsídios para a prática da Enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9695282/>
- Albanesi, C., & Compare, C. (2023). Integrating academic learning: promoting civic engagement, responsibility, and social justice through service-learning. *Form@re - Open Journal Per La Formazione in Rete*, 23(2), 80–92. <https://doi.org/10.36253/form-14684>
- Almeida, L., Gonçalves, S., Ramos do Ó, J., Rebola, F., Soares, S., & Vieira, F, (2022). *Inovação pedagógica no ensino superior: cenários e caminhos de transformação*. https://www.cnedu.pt/content/noticias/nacional/Inovacao_Pedagogica_no_Ensino_Superior_Cenarios_e_Caminhos_de_Transformacao.pdf
- American Psychological Association. (2018). *APA dictionary of psychology*. APA. <https://dictionary.apa.org/emotional-support>
- American Psychological Association. (2023). *APA dictionary of psychology*. APA. <https://dictionary.apa.org/>
- American Psychological Association. APA Task force on psychological practice with sexual minority persons. (2021). *APA guidelines for psychological practice with sexual minority persons*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>
- Andrade, F., Vaz, M. J., Caldeira, S., & Deodato, S. (2018). Implementação de consulta de enfermagem ao adolescente/jovem: diagnósticos e intervenções. *Cadernos De Saúde*, 10(1), 48-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.5287>
- Arendt. H. (1961). The crisis in education. In Arendt. H., *Between past and future: six exercises in political thought*. (pp. 173-196). Viking Press.
- Arendt. H. (2007). *A condição humana* (10.^a ed.). Forense Universitária.

- Bacigalupo, M., Kampylis, P., Punie, Y., & Van Den Brande, L. (2016). *EntreComp: the entrepreneurship competence framework*. Publications Office of the European Union. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC101581>
- Baltarejo, B. (2023, 14 de junho). Bandeiras LGBTQI+: quais são e o que representam? *Público*. <https://www.publico.pt/2023/06/14/p3/noticia/bandeiras-lgbtqi-sao-movimento-2052991>
- Bardin L. (2016). *Análise de conteúdo* (3.^a ed.). Almedina Brasil.
- Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2021). Expanding and improving trans affirming care in Australia: experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, 30(1), 58–71. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1845223>
- Barrett, D., & Heale, R. (2020). What are delphi studies? *Evidence-Based Nursing*. 23(3), 68–69. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103303>
- Barros, R. (2018). Revisitando Knowles e Freire: andragogia versus pedagogia, ou o dialógico como essência da mediação sociopedagógica. *Educação e Pesquisa*, 44, e173244.
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Moraes, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81-95. <http://hdl.handle.net/10400.26/42243>
- Bell (2016). The central importance of therapeutic conversations in family nursing: can talking be healing? *Journal of Family Nursing*, 22(4), 439-449. <https://doi.org/10.1177/1074840716680837>
- Benato, R., Fraser, J., & White, F. R. (2024). Getting beyond peeing and pronouns: living non-binary gender in higher education. *Journal of Gender Studies*, 33(5), 698–710. <https://doi.org/10.1080/09589236.2024.2334067>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.
- Bondarchuk, O., Balakhtar, V., Pinchuk, N., Pustovalov, I., & Pavlenok, K. (2023). Adaptation of coping strategies to reduce the impact of stress and loneliness on the

- psychological well-being of adults. *Journal of Law and Sustainable Development*. 11(10), 01-26. <https://doi.org/10.55908/sdgs.v11i10.1852>.
- Bonifacio, J. H., Maser, C., Stadelman, K., & Palmert, M. (2019). Management of gender dysphoria in adolescents in primary care. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = Journal de l'Association medicale canadienne*, 191(3), E69–E75. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180672>
- Bres, J., & Morrison-Young, I. (2024). Intersectional perspectives of parents of transgender children in Aotearoa (New Zealand). *International Journal of Transgender Health*, 25(3), 584–601. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2316689>
- Brown, C., Porta, C. M., Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Sieving, R. E. (2020). Family relationships and the health and well-being of transgender and gender-diverse youth: a critical review. *LGBT Health*, (7)8, 407-419. <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/lgbt.2019.0200>
- Brown-Baatjies, O., Fouché J. P., & Greeff, A. (2008). The development and relevance of the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. *Acta Academica*, 40(1), 78-126. <https://journals.ufs.ac.za/index.php/aa/article/view/1164/1152>
- Carmo, D. (2023, 21 de dezembro). Identidade de género: quase 70 menores mudaram de género e de nome no registo civil neste ano. *Público*. <https://www.publico.pt/2023/12/21/sociedade/noticia/quase-70-menores-mudaram-genero-nome-registo-civil-neste-ano-2074392>
- Castro, R. da C., Gomes, K. C., Ribeiro, M. S. de S., & Santos, N. M. dos. (2024). Epistemologia do saber experiencial e o sentido da experiência: uma revisão de literatura. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(4), e6116. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.4-255>
- Castro-Peraza, M. E., García-Acosta, J. M., Delgado, N., Perdomo-Hernández, A. M., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrés-Solé, R., & Lorenzo-Rocha, N. D. (2019). Gender identity: the human right of depathologization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16(6):978. <https://doi.org/10.3390/ijerph16060978>

- Cavanaugh, K., & Luke, M. (2021). Transgender college student identity development: a narratology of intermediating experiences. *The Journal of Humanistic Counseling*. 60. 137-156. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/johc.12161>
- Chaplyn, G., Saunders, L. A., Lin, A., Cook, A., Winter, S., Gasson, N., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Strauss, P. (2023). Experiences of parents of trans young people accessing Australian health services for their child: Findings from trans pathways. *International Journal of Transgender Health*, 25(1), 19–35. <https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2177921>
- Cinque, M., Carretero, S., & Napierala, J. (2021). Non-cognitive skills and other related concepts: towards a better understanding of similarities and differences. *JRC Working Papers on Labour, Education and Technology 2021/09*. Seville: European Commission. https://joint-research-centre.ec.europa.eu/document/download/fa09ce15-75eb-423c-8137-f5b9579689fe_en?filename=jrc123827.pdf
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W.P., Brown, G. R., Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F.L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2.^a ed.). Lusociência.
- Collière, M. F. (2012). *Promover a vida*. Lidel.
- Compton, E., & Morgan, G. (2022). The experiences of psychological therapy amongst people who identify as transgender or gender non-conforming: a systematic review of qualitative research. *Journal of Feminist Family Therapy*, (34)3-4, 225-248. <https://doi.org/10.1080/08952833.2022.2068843>
- Council of the European Union. (2018). Council recommendation n.º 189/01. 22.05.2018: on key competences for lifelong learning. *Official Journal European Union*. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604(01))

- Day, J., Perez-Brumer, A., & Russell, S. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth And Adolescence*, 47, 1731-1742. <https://doi.org/doi: 10.1007/s10964-018-0866-x>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 - Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde, Diário da República I Série, n.º 215 de 2023-11-07. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Decreto-Lei n.º 103/2023 - Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar, Diário da República I Série, n.º 215 de 2023-11-07. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2023-22306326>
- Decreto-Lei n.º 137/2013 - Cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e estabelece o seu regime de organização e funcionamento, Diário da República I Série, n.º 193 de 2013-10-07. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>
- Decreto-Lei n.º 298/2007 - Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar, Diário da República I Série, n.º 161 de 2007-08-22. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 73/2017 - Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar, Diário da República I Série, n.º 118 de 2017-06-21. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Despacho n.º 5643/2023 - Cria o grupo de acompanhamento da implementação da estratégia de saúde para as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo - LGBTI, Diário da República II Série, n.º 95 de 2023-05-17. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5643-2023-213132372>
- Erikson, E. (1976). *Infância e Sociedade* (2.ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- European Commission. (2020). *Communication-European skills agenda for sustainable competitiveness, social fairness and resilience*. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22832&langId=en>

- European Commission. (s.d.). *European Education Area - Quality education and training for all: Relevant and high-quality higher education*. <https://education.ec.europa.eu/education-levels/higher-education/inclusive-and-connected-higher-education/bologna-process>
- European Union Agency for Fundamental Rights, (2020). *European union lesbian, gay, bisexual and transgender survey*. FRA <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results>
- Fernandes, M. (2022). Aceitação parental de filhos/as LGBTQ+: Um estudo sob a perspectiva da grounded theory. [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/104223>
- Ferreira, E. M. (2022). *A psicologia como ciência e seu(s) objeto(s) de estudo*. Atena. <https://atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/a-psicologia-como-ciencia-e-seu-s-objeto-s-de-estudo>
- Ferreira, M. M. H. P., Figueiredo, M. H., Guedes, V. M. S., M., Lopes, A. R. R., Moreira, A. R. S., Santos, M. C., Lopes, M. V., Gomes, T. V., & Peixoto, M.J. (2021). Enfermagem Familiar em Cuidados de Saúde Primários: Percepção dos Cidadãos sobre os Cuidados de Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, (25)2, 77-90. <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/issue/view/27/2>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (coord.). (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel.
- Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Silva, M. L. D., & Guedes, V. S. (2021). Self-perception of nurses' competence in family assessment and intervention. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 39(3), e13. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e13>
- Freire, P. (1979). *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. Cortez & Moraes.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (25.^a ed.). Paz e Terra. <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Pedagogia-da-Autonomia-Paulo-Freire.pdf>

- García-Acosta, J. M., Castro-Molina, F. J., Fernández-Martínez, A. D., Delgado-Reyes, A., & Castellano-Fuenmayor, M. A. (2024). Best nursing practice: safe and inclusive healthcare environments for transgender people: a systematic review. *Nursing Report*, 14(1), 287–302. <https://doi.org/10.3390/nursrep14010022>
- Gato, J. (coord.), Biassutti, C. M., Seabra, D., Leal, D., Ferreira, L. C., Filipe, M. F., Teixeira, P. J., & Fernandes, T. (2024). *Manual de intervenção psicológica com pessoas LGBTI+: uma perspetiva individual, familiar e comunitária*. Pacto.
- Gervais, C., Verdon, C., de Montigny, F., Leblanc, L., & Lalande, D. (2020). Creating a space to talk about one's experience of suffering: families' experience of a family nursing intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(2), 446–455. <https://doi.org/10.1111/scs.12748>
- Goldberg, A., & Kuvalanka, K. (2018). Navigating identity development and community belonging when “there are only two boxes to check”: An exploratory study of nonbinary trans college students. *Journal of LGBT Youth*, 15, 106 - 131. <https://doi.org/10.1080/19361653.2018.1429979>.
- Gomes, F. A. S. (2020). *Representações sociais das/os enfermeiras/os sobre orientação sexual e identidade de género*. [Dissertação de mestrado, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/22139>
- Gonçalves, B. B. (2021). *(Trans)parentes: Um estudo correlacional sobre as experiências dos/das familiares de pessoas trans* em Portugal*. [Dissertação de mestrado, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/23689>
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 48(2), 303–321. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889852919300015?via%3Dihub>
- Gotllieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças – saúde e cura para a pessoa e família*. Lusodidacta.
- Hill, A. O., Lyons A, Jones J, McGowan I, Carman M, Parsons M, Power J, & Bourne, A. (2021). *Writing themselves in 4: the health and wellbeing of lgbtqa+ young*

- people in australia. national report, monograph*, 124. Australian Research Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University. https://www.latrobe.edu.au/_data/assets/pdf_file/0010/1198945/Writing-Themselves-In-4-National-report.pdf
- Holliday, O. J. (2006). *Para sistematizar experiências. Ministério do Meio Ambiente. Brasília*. <http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/oscar-jara-para-sistematizar-experic3aancias1.pdf>
- Holliday, O. J. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*. Colômbia. CINDE. <https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/wp-content/uploads/2019/09/La-Sistematizaci%C3%B3n-de-Experiencias-pr%C3%A1ctica-y-teor%C3%ADa-para-otros-mundos-posibles.pdf>
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (s.d.). *Plano para a igualdade IPVC 2021-2024*. IPVC. https://www.ipvc.pt/wp-content/uploads/2022/02/Plano_Igualdade_IPVC_2021_2024.pdf
- International Family Nursing Association. (2017). *IFNA Position statement on advance practice competencies for family nursing*. IFNA. <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/>
- Johnson, A.H., & Rogers, B.A. (2020). “We’re the normal ones here”: community involvement, peer support, and transgender mental health. *Sociological Inquiry*. 90 (2), 271–292. <https://doi.org/10.1111/soin.12347>.
- Juhasz, J., & Málovics, G. & Bajmocy, Z. (2021). Co-creation, reflection, and transformation. the social impact of a service-learning course at the university of Szeged. *Vezetéstudomány - Budapest Management Review*, 51(7), 6-17. <https://journals.lib.uni-corvinus.hu/index.php/vezetestudomany/article/view/459>
- Kaminskiene, L., Zydziunaite, V., Jurgile, V., & Ponomarenko, T. (2020). Co-creation of learning: a concept analysis. *European Journal of Contemporary Education*, 9(2), 337-349. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1262301>
- Kantor, L. Z., Tordoff, D. M., Haley, S. G., Crouch, J. M., & Ahrens, K. R. (2023). Gender and Sexual Health-Related Knowledge Gaps and Educational Needs of Parents of

- Transgender and Non-Binary Youth. *Archives of Sexual Behavior*, 52(5), 2185–2203. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10322789/>
- Kia, H., MacKinnon, K. R., Abramovich, A., & Bonato, S. (2021). Peer support as a protective factor against suicide in trans populations: A scoping review. *Social Science & Medicine* (1982), 279, 114026. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114026>
- Lange, A. (2022). Transgender college students' identity exploration processes. *Journal of College Student Development*, 63, 351 - 367. <https://doi.org/10.1353/csd.2022.0031>.
- Lei n.º 38/2018 - Estabelece o direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e o direito à proteção das características sexuais de cada pessoa. Diário da República I Série, n.º 151 (2018-08-07), pp. 3922-3924. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2018-115935378>
- Lei nº 161/96 - Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. Diário da República Série I-A, nº 205 (1996-09-04), 2959-2962. [Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04](#)
- Leininger, M., & McFarland. M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice* (3.^a ed.). McGraw-Hill.
- Macedo, A. (2024). *Identidade de género e orientação sexual na prática clínica* (2.^a ed.). Edições Sílabo.
- Makos, J. (2024). *What is PESTLE analysis and how to do it right*. <https://pestleanalysis.com/what-is-pestle-analysis/>
- Malpas, J., Pellicane, M. J., & Glaeser, E. (2022). Family-based interventions with transgender and gender expansive youth: systematic review and best practice recommendations. *Transgender Health*, 7(1), 7–29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36644030/>
- Mccallum, E., Weicht, R., McMullan, L., & Price, A. (2018). *EntreComp into action - get inspired, make it happen: a user guide to the European Entrepreneurship Competence Framework*. Office of the European Union, Luxembourg.

<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/4542fd58-20f3-11e8-ac73-01aa75ed71a1/language-en/>

- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção* (2.^a ed.). Martins Fontes.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/pdf/nihms32623.pdf>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minority persons. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/sgd-sgd0000132.pdf>
- Minayo, M. C. de S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1–12.
<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
- Moleiro, C., Raposo, C. S., Moita, G., Pereira, H., Gato, J., Silva, M., & Neves, S. (2020). Linhas de orientação para a prática profissional no âmbito da intervenção psicológica com pessoas LGBTQ. Ordem dos Psicólogos Portugueses.
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/linhasorientacao_lgbtq.pdf
- Mollitt, P.C. (2022). Exploring cisgender therapists' attitudes towards, and experience of, working with trans people in the United Kingdom. *Counselling & Psychotherapy Research*, 22 (4), 1013–1029. <https://doi.org/10.1002/capr.12559>
- Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). Delphi methodology in healthcare research: how to decide its appropriateness. *World Journal of Methodology*. 11(4), 116–129.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8299905/>
- Newhook, J. T., Winters, K., Pyne, J., Jamieson, A., Holmes, C., Feder, S., Pickett, S., & Sinnott, M. L. (2018). Teach your parents and providers well: Call for refocus on the health of trans and gender-diverse children. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 64(5), 332–335.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5951646/>

- North American Nursing Diagnosis Association. (s.d.). *Glossary of terms: Nursing Diagnoses*. ANA. <https://nanda.org/publications-resources/resources/glossary-of-terms/>
- Oliveira, I. J., Almeida, S. I., Mota, L. A., & Couto, G. R. (2020). Conceptualização dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20024. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3707&id_revista=55&id_edicao=239
- Oliveira, S. K. L. de, & Maciel, C. M. L. A. (2024). Andragogia um Ensino para Adultos: Breve Revisão Sistemática. *Revista De Ensino, Educação E Ciências Humanas*, 25(1), 94–98. <https://doi.org/10.17921/2447-8733.2024v25n1p94-98>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Colégio da especialidade de enfermagem comunitária. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária - na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública - na área de enfermagem de saúde familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. (2023). 10.03.2023: tomada de posição n.º 01/2023 - referencial em enfermagem de saúde familiar. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2023). *Contributo científico OPP – intervenção e acompanhamento nos cuidados de saúde das pessoas transgénero – o papel dos psicólogos e psicólogas*. OPP.
https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/contributo_cientifico_opp_intervencao_nos_cuidados_de_saude_de_pessoas_trans.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2023). *Who really cares about using education research in policy and practice? developing a culture of research engagement*. Research and Innovation, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/bc641427-en>.
- Organização das Nações Unidas. (1948). Resolução da Assembleia Geral 217 D (III). 10.12.1948: *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. [Declaração Universal dos Direitos Humanos | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://www.derechos.org/nizkor/pt/doc/declu.htm)
- Ornellas, T. C., & Monteiro, M. I. (2022). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RVI22055>
- Pacheco, J. A., & Maia, I. B. (2019). Avaliação das aprendizagens no contexto de políticas curriculares de accountability. *Linhas Críticas*, 25, 511-530. <https://doi.org/10.26512/lc.v25.2019.23778>
- Parlamento Europeu. (2011). Resolução P7_TA (2011)0427. 28.09.2011: *direitos humanos, orientação sexual e identidade de género nas Nações Unidas*. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2011-0427_PT.html
- Parlamento Europeu. (2021). Resolução P9_TA (2021)0314. 24.06.2021: *situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na UE, no contexto da saúde das mulheres*. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_PT.html
- Pinto, N., & Moleiro, C. (2015). Trajetórias de género: Pessoas transexuais chegando a um acordo com suas identidades de género. *Psicologia Profissional: Pesquisa e Prática*, 46 (1), 12–20. <https://doi.org/10.1037/a0036487>
- Portugal. (s.d.). *Normas para a melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde*. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/>

- Portugal. Ministério da Saúde. (2013). Norma n.º 10/2013. 31.05.2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil Direção Geral de Saúde. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/PNSIJ-2.pdf>
- Portugal. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS) Núcleo sobre Género e Equidade em Saúde. (2019). *Estratégia de saúde para as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo - LGBTI*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-de-saude-para-as-pessoas-lesbicas-gays-bissexuais-trans-e-intersexo-lgbti-pdf.aspx>
- Portugal. Instituto dos Registos e do Notariado (2023). *Notícias do IRN: Mais de 2200 pessoas alteraram a menção de sexo e nome próprio*. IRN. <https://irn.justica.gov.pt/Noticias-do-IRN/Desde-2011-mais-de-2200-pessoas-alteraram-a-mencao-de-sexo-e-nome-proprio>
- Price, C. A., Bush, K. R., Price, S. J., & McKenry, P. C. (2020). Families coping with change: A conceptual overview. In K. R. Bush & C. A. Price (Eds.), *Families and change: coping with stressful events and transitions* (6.^a ed.). (pp. 3-24). SAGE. https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/30979_Chapter1.pdf
- Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2017). Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, 19(1), 64–75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675>
- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República: II Série, n.º 26 de 2019-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 367/2015 - Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: II Série, n.º 124 de 2015-06-29. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

- Diário da República: II Série, n.º 135 de 2018-07-16.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Relvas, A.P., & Major, S. (2016). *Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação*.
<http://hdl.handle.net/10316.2/40580>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 92/2023 - Aprova os Planos de Ação no âmbito da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação - Portugal + Igual, para o período de 2023-2026, Diário da República I Série, n.º 157 de 2023-08-14.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/08/15700/0001200092.pdf>
- Ribeiro, A., Aramburuzabala, P., & Paz-Lourido, B. (2021). *Diretrizes para a institucionalização da aprendizagem-serviço no ensino superior europeu*. Associação Europeia de Aprendizagem-Serviço no Ensino Superior. Madrid
<https://www.eoslhe.eu/wp-content/uploads/2022/07/Diretrizes-para-a-institutionlizacao.pdf>
- Robinson, M., Coehlo, D. P., & Smith P. S. (2022). *Family health care nursing: theory, practice, and research* (7.ª e.d.). F.A. Davis Company.
- Rocha, M. (2023). *Aprendizagem-serviço: metodologia de ensino-aprendizagem*. (Inovação na aprendizagem). UCP Editora.
<https://doi.org/10.34632/9789725409770>
- Rodrigues, A., & Felício, M.M. (2017). *Governança clínica e de saúde nos cuidados de saúde primários: perguntas e respostas essenciais*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governa%C3%A7%C3%A3o%20Clinica%20e%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
- Rodrigues, J., Lemos, C., & Figueiredo, Z. (2020). Discriminação e barreiras ao acesso ao serviço nacional de saúde percecionados por pessoas trans. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(3), 98–108.
<https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i3.152>
- Rosa, D. F., Carvalho, M. V. F., Pereira, N. R., Rocha, N. T., Neves, V. R., & Rosa, A. D. S. (2019). Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 299–306. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0644>

- Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, 5, 243–258. https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/J_Tudge_Urie_2013.pdf
- Rosino, M. (2016). ABC-X model of family stress and coping. https://www.researchgate.net/publication/314932267_ABC-X_Model_of_Family_Stress_and_Coping
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020). *LifeComp: the european framework for personal, social and learning to learn key competence*. Office of the European Union, Luxembourg. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC120911>
- Saleiro, S. P., Ramalho, N., Menezes, M. S., & Gato, J. (2022). *Estudo nacional sobre necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais*. CIG. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2022/05/Estudo_necessidades_pessoas_LGBTI_discrimina_orienta_sexual_id_express_genero_caractrstcs_sexuais.pdf
- Salpietro, L., Ausloos, C., & Clark, M. (2019). Cisgender professional counselors' experiences with trans* clients. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, (13)3, 198-215. https://www.academia.edu/41125064/Journal_of_LGBT_Issues_in_Counseling_Cisgender_Professional_Counselors_Experiences_with_Trans_Clients
- Sansfaçon, A. P., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple N. J., & Suerich-Gulick, F. (2019). Parents' Journeys to Acceptance and Support of Gender-diverse and Trans Children and Youth. *Journal of Family Issues*, 41 (8), 1214–1236. https://www.researchgate.net/publication/337418657_Parents'_Journeys_to_Acceptance_and_Support_of_Gender-diverse_and_Trans_Children_and_Youth
- Sansfaçon, A. P., Medico, D., Suerich-Gulick, F., & Newhook, J. T. (2020). I knew that I wasn't cis, i knew that, but i didn't know exactly": gender identity development, expression and affirmation in youth who access gender affirming medical care.

- International *Journal of Transgender Health*, 21(3), 307–320.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1756551>
- Santos, M. G., Bitencourt, J. V. O. V., Silva, T. G., Frizon, G., & Quinto, A. S. (2017). Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. *Enfermagem em Foco*, 8 (4), 49-53.
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1032/416>
- Sarasvuo, S., Rindell, A., & Kovalchuk, M. (2022). Toward a conceptual understanding of co-creation in branding, *Journal of Business Research*, 139, 543-563.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0148296321007037>
- Schulze, S. T., Friedemann, B., Duque, K. de C. D., Mazon, L. M., Winters, J. R. da F., Siewert, J. S., Freitas, M. A. Kasper, M., & Andrade, B. B. (2024). Conhecimento da equipe de enfermagem acerca do Processo de Enfermagem em uma Maternidade Pública. *Revista Saúde em Redes*, 10(1), 3864.
<https://doi.org/10.18310/2446-4813.2024v10n1.3864>
- Sequeira, G. M., Ray, K. N., Miller, E. & Coulter, R.W.S. (2020). Transgender youth's disclosure of gender identity to providers outside of specialized gender centers, *Journal of Adolescent Health*, (66)6, 691-698.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X19309310>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2023). *Wright & Leahey's nurses and families a guide to family assessment and intervention* (8.^a ed.). F.A. Davis.
- Shihadeh, N. A., Pessoa, E. M., & da Silva, F. F. (2021). A (in) visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta as experiências de integrantes da comunidade LGBTQIA+. *Revista Barbarói* 58, 172-194.
<https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i58.14765>
- Silva, A. (2021). *Guia para famílias de pessoas trans**. AMPLOS – Associação de Mães e Pais pela Liberdade de Orientação Sexual e Identidade de Género.
<https://www.amplos.pt/recursos/guias/gvpydfbymrfprzz8izxm5cbdpje4wo>
- Sitas, Z., Peters, K., Luck, L., & Einboden, R. (2024). Erasure of the young trans person: A critical discursive review of contemporary health care literature. *Journal of nursing scholarship*. 56(1), 103–118. <https://doi.org/10.1111/jnu.12922>

- Sousa, M. H. A., & Figueiredo, A. S. (2021). Os registros de enfermagem nas revistas portuguesas (1958-1998): Um estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem Referência*, 2021(8). <https://doi.org/10.12707/RV20173>
- Taube, L. N., & Mussap, A. J. (2022). Coming out to family and friends in the trans and gender diverse context. *Journal of Homosexuality*, 71(1), 147–165. <https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2106465>
- Tebbe, E.A., & Budge, S.L. (2022). Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. *Nature Reviews Psychology*, 1, 694–707. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00109-0>
- The World Café. (s.d.). <https://theworldcafe.com/>
- The Yogyakarta Principles (s.d.). YogyakartaPrinciples.org – The Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity
- Toney-Butler T. J., & Thayer J. M. (2023). *Nursing Process*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- United Nations. United Nations Sustainable Development Group. (s.d.). *2030 Agenda and the Sustainable Development Goals*. <https://unsdg.un.org/2030-agenda>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – o processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Family process*, 42(1), 1–18. https://www.researchgate.net/publication/10801193_Family_Resilience_A_Framework_for_Clinical_Practice
- Walsh, F. (2016). Applying a family resilience framework in training, practice, and research: mastering the art of the possible. *Family Process*. 55. 616-632.

https://www.researchgate.net/publication/311659867_Applying_a_Family_Resilience_Framework_in_Training_Practice_and_Research_Mastering_the_Art_of_the_Possible

Westwater, J. J., Riley, E. A., & Peterson, G. M. (2019). What about the family in youth gender diversity? A literature review. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 351–370.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1652130>

White, J. M., Klein, D. M., & Martin, T. (2015). *Family theories: An introduction* (4.^a e.d.). Sage.

World Health Organization and the United Nations Children’s Fund. (2020). *Operational framework for primary health care: transforming vision into action*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337641/9789240017832-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. WHO.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2023). *Primary health care*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família* (5.^a ed.). Roca.

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 74/2023 -CES	Pág. 1 de 3
---	--	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 83 23-10-2023	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto: Percursos de saúde com equipas de Saúde Familiar: vozes de pessoas Trans, famílias e profissionais.	Em nome do(s) investigador(es): Carla Rodrigues Santos, Enfermeira, a exercer funções na ULSAM (USCP Valença) e a frequentar o 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESS do IP de Viana do Castelo, sob orientação da Prof. Doutora Carminda Moraes do IPVC e da Mestra e Enfermeira Especialista Sara Rufo da USF Cuidarte do ACeS Alto Minho

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Pedido de autorização para realizar, até 31-10-2024, o estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa e metodologia de investigação-ação, assinalado em epígrafe.

Pretende-se caracterizar o processo de cuidados de saúde, mapear áreas significativas dos mesmos e sintetizar áreas de melhoria nos cuidados de saúde com as pessoas "trans" e suas famílias no contexto dos cuidados de saúde primários, na sua ótica e na perspetiva da equipa de saúde familiar.

O estudo será realizado com pessoas com identidade de género "trans", inscritas nas UCS Personalizados e USF do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho, com elementos das suas famílias e com profissionais de saúde da USF Cuidarte.

A recolha de dados será realizada com recurso a questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada aos participantes voluntários, de harmonia com os textos juntos ao processo.

A investigação envolve pessoas de menor idade e pessoas adultas.

Em todas as etapas deste estudo serão salvaguardados os procedimentos éticos e assegurada a proteção da reputação e bom nome das instituições e dos participantes no estudo.

É garantia a confidencialidade dos dados a obter e o anonimato dos participantes, mediante codificação alfanumérica.

Será prestado consentimento prévio dos participantes, nomeadamente a ser prestado pelo representante legal do participante menor (a ser esse o caso), de harmonia com o texto junto ao processo que se afigura respeitar o regime legal aplicável.

Este estudo foi autorizado pela Presidente do Conselho Clínico e de Saúde Aces do Alto Minho, pela Coordenadora da USF Cuidarte e pela Coordenadora da UCSP Valença.

2. Fundamentação

Com a investigação proposta pretende-se conhecer as vivências das pessoas com identidade de género "trans" e das suas famílias, nos seus percursos de vida e saúde, em

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO .EPE	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 74/2023 -CES	Pág. 2 de 3
--	--	-------------

contexto de Cuidados de Saúde Primários, na sua ótica e na perspetiva da equipa de saúde familiar – com a finalidade de contribuir para a construção participada de ambientes e comportamentos significativos e positivos para as pessoas “trans” e suas famílias. O conceito de “sexo biológico” tem sido entendido como um conjunto de características orgânicas que permite atribuir, à nascença, a pertença ao sexo masculino ou feminino. A cada género, a sociedade pré-determina e faz corresponder, de forma distintiva, papeis e expressões de género, significações, padrões de comportamento e condutas. Esta perspetiva não contempla a diversidade humana, nomeadamente no que respeita à Identidade de Género (IG), enquanto perceção intrínseca, subjetiva e individual (ser-se homem ou ser-se mulher). Existem pessoas em que o sexo atribuído à nascença e a auto-perceção da IG não coincidem (pessoas “trans”). A tomada de consciência e desenvolvimento da IG pode ter início na infância e persistir ao longo da vida, como pode surgir na puberdade ou na idade adulta - e a necessidade de fazer algumas, todas ou nenhuma das mudanças de afirmação de género também difere em cada pessoa “trans”. Apesar da diversidade, as pessoas “trans” têm, em comum, a quebra das expectativas e normas de género socialmente determinadas, que as expõe a situações de preconceito e discriminação geradoras de “stress” que é maior nas pessoas “trans”, comparativamente com a população em geral e com as pessoas lésbicas, gays e bissexuais, o que aumenta o risco de vulnerabilidade social e de comprometimento da saúde mental e física. A perceção de discriminação desencoraja estas pessoas a divulgarem a sua IG, nomeadamente a profissionais de saúde. Em Portugal, as experiências insatisfatórias de pessoa “trans” com profissionais da área de Cuidados de Saúde Primários (CSP) estão relacionadas com a linguagem e comportamentos inapropriados, desadequação dos cuidados e com o acesso a encaminhamento, apontando para o insuficiente conhecimento destes profissionais. Alguns autores consideram o processo de afirmação de género como o fator de “stress” com impacto nos outros elementos da família, no sistema familiar e nas relações interpessoais. A interdisciplinaridade em colaboração com a pessoa “trans” e os seus familiares potencia a equidade no acesso e redução de barreiras institucionais. Os profissionais das equipas de Saúde Familiar detêm um papel preponderante no acolhimento, avaliação, referenciação e acompanhamento, ao longo da vida, das pessoas “trans”, independentemente das mudanças afirmativas que decidem fazer.

3. Conclusão/parecer

Do estudo que, em síntese, ora se descreve, não se vislumbra a ocorrência de procedimentos que importem violação de regras éticas, pelo que proponho a formulação de parecer favorável a este projeto.

Nota: Referências bibliográficas:

Foi apresentada abundante bibliografia.

Relator(es)	João Vaz
Ratificado em reunião do dia	30-11-2023
Enviado parecer: / /	

Mod. Q756.2 Ago/2020

Autentico 11/12/2023
Revisão

DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIOEMOGRÁFICA

Código: P _____

Estudo de Investigação: Percursos de saúde com equipas de saúde familiar: vozes de pessoas trans, famílias e profissionais.

Questionário Sociodemográfico: A aplicar a pessoas com identidade de género trans e preenchido pela investigadora.

Sexo: ☐ Feminino; ☐ Masculino; ☐ Outro

Idade: _____ (Anos)

Nacionalidade: _____

Nível de escolaridade: _____

Situação profissional:

☐ Ativo; ☐ Reformado ☐ Desempregado

Se ativo: ☐ Estável; ☐ Precário

Número de elementos do agregado familiar: _____

Com quem vive: _____

Idade aquando da autodeterminação da identidade de género trans, _____ (Anos)

Idade aquando da afirmação da identidade de género trans, _____ (Anos)

Tipo de mudança afirmativa efetuada:

☐ Psicológicas; ☐ Sociais; ☐ Hormonais; ☐ Cirúrgicas; ☐ Legais

Vigilância de saúde em cuidados de saúde primários: ☐ Só com enfermeiro(a) de família;

☐ Só com médico(a) de família; ☐ Com equipa de saúde familiar

Vigilância de saúde em cuidados hospitalares: ☐ Sim; ☐ Não

Que instituição: _____

Que especialidade: _____

Com que grupos profissionais: _____

Código: F _____

Estudo de Investigação: Percursos de saúde com equipas de saúde familiar: vozes de pessoas trans, famílias e profissionais.

Questionário Sociodemográfico: A aplicar a elemento da família de pessoa com identidade de género (IG) trans e de preenchimento pela investigadora.

Sexo: ☐ Feminino; ☐ Masculino; ☐ Outro

Identidade de género: ☐ Cis; ☐ Trans; ☐ Não-binária

Idade: _____(Anos)

Nacionalidade: _____

Nível de escolaridade: _____

Situação profissional:

☐ Ativo; ☐ Reformado ☐ Desempregado

Se ativo: ☐ Estável; ☐ Precário

Número de elementos do agregado familiar: _____

Com quem vive: _____

Parentesco com a pessoa trans: _____

Idade da pessoa trans aquando da afirmação da IG trans, _____(Anos)

Tipo de mudança afirmativa efetuada pela pessoa trans:

☐ Psicológicas; ☐ Sociais; ☐ Hormonais; ☐ Cirúrgicas; ☐ Legais

Vigilância de saúde em cuidados de saúde primários: ☐ Só com enfermeiro(a) de família;

☐ Só com médico(a) de família; ☐ Com equipa de saúde familiar

Percursos de saúde com equipas de saúde familiar: vozes de pessoas trans, famílias e profissionais.

Prezad@ profissional da equipa de saúde familiar

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório final, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESSIPVC), que está a decorrer nesta unidade de saúde, pede-se a sua participação nas atividades a serem desenvolvidas com enfoque nos "Percursos de saúde com equipas de saúde familiar: vozes de pessoas trans, famílias e profissionais".

O estágio supracitado, e previamente apresentado em reunião multidisciplinar nesta unidade, é desenvolvido numa abordagem de investigação-ação, com lógicas de (co)criação, em que nas diversas fases do processo são imprescindíveis a participação

e o contributo de tod@s, para a construção de processos de cuidados de saúde, em contexto de Cuidados de Saúde

Primários, inclusivos, promotores de cuidados de saúde adequados e significativos para as pessoas trans e as suas famílias.

Com a equipa de saúde familiar serão, preferencialmente, utilizadas metodologias de grupo, com garantia de anonimato dos dados e possibilidade de desistência em qualquer momento e sem qualquer consequência.

Pede-se a sua colaboração no preenchimento e submissão do questionário sociodemográfico que se segue, assim como a sua participação nas demais atividades relacionadas com a temática. Ao declarar o consentimento informado,

livre e esclarecido, assume-se o consentimento para a participação nas atividades decorrentes do desenvolvimento do estágio, incluindo no estudo de investigação.

Grata pela colaboração

Em caso de dúvida não hesite em contactar-me.

Carla Santos

carla.santos@ulsam.min-saude.pt

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Consentimento informado, livre e esclarecido *

Declaro ter lido e compreendido este documento. Aceito participar nas atividades decorrentes do estágio "Percursos de saúde com equipas de saúde familiar: vozes de pessoas trans, famílias e profissionais". Permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando na garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

Percursos de saúde com equipas de saúde familiar: vozes de pessoas trans, famílias e profissionais

Caraterização sociodemográfica d@s profissionais da equipa de saúde familiar

2. Sexo

Marcar apenas uma oval.

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Outro

☐ Não respondo

3. Identidade de género *

Marcar apenas uma oval.

☐ Cis (pessoa que se identifica com o sexo e o género atribuído ao nascimento)

☐ Trans (pessoa que não se identifica com o sexo e/ou o género atribuído ao nascimento)

☐ Não binária (pessoa que não se reconhece na dicotomia de género mulher/homem)

☐ Não respondo

4. Idade (em anos completos) *

5. Grupo profissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Enfermagem
- ☐ Medicina
- ☐ Secretariado clínico

6. Tempo de exercício profissional em cuidados de saúde primários (em anos completos, se menos de 1 ano responda 0) *

7. Contacto com pessoas trans em contexto de USF *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. Contacto com famílias de pessoas trans em contexto de USF *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

9. Formação na área da identidade de género trans *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

10. Se resposta afirmativa à questão anterior *

Que tipo de formação na área da identidade de género trans

Marcar apenas uma oval.

☐ Formação académica

☐ Formação contínua

☐ Formação em contexto

☐ Outra

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE 2 – GUIÕES DA ENTREVISTA

Guião de entrevista semiestruturada com pessoas Trans

Estudo de Investigação: Percursos de saúde com equipas de saúde familiar: vozes de pessoas Trans, famílias e profissionais.

Tema: Processo de cuidados de saúde com as pessoas com identidade de género (IG) Trans, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), na ótica das pessoas

Caraterizar o processo de cuidados de saúde com pessoas Trans e as suas famílias, no contexto de CSP;

Objetivos do estudo: Mapear dimensões dos cuidados de saúde significativas para as pessoas Trans e suas famílias, no contexto de CSP;

Sintetizar sugestões de melhoria nos cuidados de saúde com as pessoas Trans e suas famílias, no contexto de CSP.

Bloco	Objetivos
A – Legitimação da entrevista	Garantir as informações e explicitações necessárias ao consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo. Salientar a importância da participação para a finalidade do estudo. Solicitar consentimento para participar no estudo e para gravação da entrevista.
B – Questões Quer partilhar connosco a sua experiência com a equipa de saúde familiar (enfermagem, medicina, secretariado clínico) desde: - a autodeterminação de IG Trans - a afirmação de IG Trans? Para si, quais são as dimensões de cuidados de saúde com as pessoas Trans, que considera que a equipa de saúde familiar (enfermagem, medicina, secretariado clínico) deve dar mais atenção? Quais são as dimensões que considera que devam melhorar nos cuidados da equipa de saúde familiar (enfermagem, medicina, secretariado clínico) com as pessoas Trans? O que e como acha que se pode fazer para melhorar cada uma das dimensões? Há algum aspeto que não tenha “abordado” que queira colocar-me, agora que nos aproximamos do fim da entrevista?	Caraterizar o processo de cuidados de saúde com pessoas, no contexto de CSP. Mapear dimensões dos cuidados de saúde significativas para as pessoas trans, no contexto de CSP. Sintetizar sugestões de melhoria nos cuidados de saúde com as pessoas trans e suas famílias, no contexto de CSP.
C – Finalização da entrevista	Agradecer a colaboração do entrevistado. Sintetizar tópicos da entrevista. Dar oportunidade de completar ou corrigir algum aspeto.

Guião de entrevista semiestruturada com as famílias de pessoas Trans

Estudo de Investigação: Percursos de saúde com equipas de saúde familiar: vozes de pessoas Trans, famílias e profissionais.

Tema: Processo de cuidados de saúde com as pessoas com famílias de pessoas Trans, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), na ótica das famílias.

Objetivos do estudo:

- Caraterizar o processo de cuidados de saúde com pessoas trans e as suas famílias, no contexto de CSP;
- Mapear dimensões dos cuidados de saúde significativas para as pessoas Trans, e suas famílias, no contexto de CSP;
- Sintetizar sugestões de melhoria nos cuidados de saúde com as pessoas Trans, e suas famílias, no contexto de CSP.

Bloco	Objetivos
A – Legitimação da entrevista	Garantir as informações e explicitações necessárias ao consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo. Salientar a importância da participação para a finalidade do estudo. Solicitar consentimento para participar no estudo e para gravação da entrevista.
B – Questões Quer partilhar connosco a sua experiência com a equipa de saúde familiar (enfermagem, medicina, secretariado clínico) desde que o elemento da sua família fez a afirmação de IG Trans? Para si, quais são as dimensões que considera que a equipa de saúde familiar (enfermagem, medicina, secretariado clínico) deve dar mais atenção nos cuidados com as famílias das pessoas Trans? Quais são as dimensões que considera que devam melhorar nos cuidados da equipa de saúde familiar (enfermagem, medicina, secretariado clínico) com as famílias das pessoas Trans? O que acha que se pode fazer para melhorar cada uma dessas dimensões? Há algum aspeto que não tenha “abordado” que queira colocar-me, agora que nos aproximamos do fim da entrevista?	Caraterizar o processo de cuidados de saúde com as famílias das pessoas trans, no contexto de CSP. Mapear dimensões dos cuidados de saúde significativas para as famílias das pessoas Trans, no contexto de CSP. Sintetizar sugestões de melhoria nos cuidados de saúde com as famílias das pessoas Trans, no contexto de CSP.
C – Finalização da entrevista	Agradecer a colaboração do entrevistado. Sintetizar tópicos da entrevista. Dar oportunidade de completar ou corrigir algum aspeto.

APÊNDICE 3 – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

para participação em projetos de investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que não está claro, que surgem dúvidas, não hesite em solicitar mais informação. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar o consentimento

Título do estudo: Percursos de saúde com equipas de saúde familiar: vozes de pessoas trans, famílias e profissionais

Enquadramento: O estudo de investigação supracitado será desenvolvido por Carla Alexandra Rodrigues Santos, n.º da Ordem dos Enfermeiros nº11218, enfermeira a exercer funções na ULSAM, E.P.E. e simultaneamente a frequentar a Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório final, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESSIPVC).

O estágio e o estudo de investigação supracitados serão desenvolvidos pela própria, sob orientação da Professora Doutora Carmina Morais da ESSIPVC, da Mestre e Enfermeira Especialista Sara Rufo e da Enfermeira Especialista Vera Pinto, da USF Cuidarte do ACeS do Alto Minho.

Explicação do estudo: Pretende-se com este estudo conhecer as vivências das pessoas com identidade de género trans e das suas famílias nos seus percursos de vida e saúde, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), na sua ótica e na perspetiva da equipa de saúde familiar; com a finalidade de contribuir para a construção participada de ambientes de CSP inclusivos, promotores de cuidados de saúde mais adequados e significativos para as pessoas trans e as suas famílias.

A entrevista será gravada, mediante o seu consentimento. Os dados recolhidos serão destruídos, um ano após a conclusão do estudo, assim como os documentos de recolha de dados e o consentimento informado de todos os participantes.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outra. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento, sem quaisquer consequências ou prejuízos, nomeadamente assistenciais. Este estudo mereceu, após ter sido submetido a análise, parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM, E.P.E.

Confidencialidade e anonimato: Em todas as fases do estudo são garantidos o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos, usados apenas para efeitos do presente estudo. O contacto com os participantes deste estudo será feito sempre em ambiente de confidencialidade e privacidade, no contexto da

sua preferência. Será garantida a anonimização dos dados, nomeadamente pela codificação dos respetivos instrumentos de recolha de dados de forma alfanumérica.

Agradecemos antecipadamente a sua participação neste estudo.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida através de: csantos2010@hotmail.com; carmindamorais@ess.ipvc.pt; sara.rufo@ulsam.min-saude; vera.pinto@ulsam.min-saude.pt

Investigadora principal:	Orientadora:	Orientadora:	Orientadora:
Enfermeira e Mestranda	Mestre e Enfermeira	Enfermeira Especialista:	Professora Doutora
Carla Santos	Especialista Sara Rufo	Vera Pinto	Carmina Morais

Declaro ter lido e compreendido as informações que constam deste documento, assim como ter obtido esclarecimento pela investigadora que assina este documento, que considero suficientes. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem quaisquer consequências ou prejuízos, nomeadamente assistenciais.

Aceito participar neste estudo e autorizo a gravação da entrevista e a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: __ / __ / ____

Participante menor de idade

Nome do representante legal: _____

Documento de Identificação (BI/CC) n.º: _____ Data de validade __ / __ / ____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura: _____ Data: __ / __ / ____

Este documento, composto de 2 páginas, é feito em duplicado: uma via para a investigadora principal, outra para a pessoa que consente.

APÊNDICE 4 – UNIDADES DE REGISTO POR TEMA, CATEGORIAS,
SUBCATEGORIAS

A – Dimensões relevantes na conceção de cuidados de saúde com as pessoas Trans e suas famílias em contexto de cuidados de saúde primários

1. Criação de espaço de partilha

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
1.1.		<i>“Fazer da consulta um lugar seguro e tranquilizador para a pessoa.” (EQ)</i>
Acolhimento		<i>“Promover o respeito pela privacidade (...) não interromper as consultas, as portas fechadas ...” (EQ)</i> <i>“... é fundamental encorajar que as consultas sejam feitas individualmente. A presença de outras pessoas, como pais e parceiros, pode tornar mais difícil falar abertamente sobre a identidade de género.” (EQ)</i> <i>“Falta de privacidade na sala de espera, meios pequenos, ambientes rurais, pessoas conhecidas e próximas (...) Momento da chamada do utente na sala de espera, com outras pessoas que não tem conhecimento da sua identidade de género.” (EQ)</i>
1.2.		<i>“... a minha enfermeira e médica sabem (...) a minha mãe tem confiança com elas (...) por isso foi ela que contou, nunca tive de passar por isso, mas imagino que seja sempre complicado o ter que se assumir ser Trans sempre que se faz consultas com alguém novo. (...) mas a verdade é que em termos de questões médicas que falo no centro de saúde raramente são relacionadas com algo por ser trans, só mesmo para pedir análises ou testosterona.” (P1)</i>
Relação de confiança		<i>“... em questões de ginecologia, vou a médica conhecida da minha mãe, porque (...) se ainda não estiver mudado no cartão de cidadão, tens (...) de ouvir o nome antigo. Se já tiver sido mudado, tens de passar pela ideia das pessoas a olhar para ti quando ouvem alguém com nome masculino ser chamado para uma consulta de ginecologia. (...) então facilmente esta médica me punha numa consulta sem ter que passar por isto.” (P1)</i>

2. Escuta das vivências nos processos de afirmação da IG Trans

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
2.1.	Relativos às pessoas Trans	
Sentimentos e emoções	2.1.1.	“... nós, pessoas Trans, meio que sempre vivemos com isto de certa forma, na nossa cabeça ...” (P1) Naturalidade “... acho que sempre vi sinais (...) quando era pequeno, eu tinha muito aquela coisa de ... as meninas brincam com bonecas e os meninos brincam com carros e eu gostava sempre de misturar os dois (...) 6-7 anos, por aí. (...) e depois, quando cheguei por volta dos dez anos, eu tinha muito aquela coisa de (...) Eu dizia sempre isso à minha mãe ... Todas as cores menos cor-de-rosa ...” (P4) “Estava lá desde a minha infância. Nem é tanto aquela questão de querer brincar com os brinquedos tipicamente associados às meninas. Sempre tive gostos, ... comportamentos muito associados ao que é tipicamente feminino, não é? Verdade, mas lá está, não questionava, nem sequer tinha assim essa questão, na altura, porque não havia conceitos na minha cabeça ...” (P2) “Na verdade, eu acho que sempre foi uma coisa que me foi intrínseca desde muito criança. Apesar de não ter essas noções em termos de conceito ... acho que sempre estive lá. Foi mais tarde ao conhecer outras pessoas da comunidade Queer, a dar-me com pessoas com quem eu tinha mais confiança que comecei a explorar ...” (P2) “... estava a começar a aparecer o outro ... tipo, o feminino, o masculino e o outro ... [no Facebook] (...) Então eu comecei sempre a pôr outro, outro, outro..., mas eu não sabia porque punha outro. Simplesmente eu via aquelas três opções, eu identificava-me mais com o outro, pronto. Só que havia vezes que eu metia o masculino ...” (P4) “... não é uma escolha dele, é uma coisa que sente, e no fundo já nasceu com ele.” (F3) “...desde sempre que vestia coisas de rapaz, nunca quis aquelas coisas mais femininas. Nós dizíamos que era um bocado maria-rapaz. A mãe até comentava que ela na idade dele também era um bocado assim.” (F1)
	2.1.2.	Confusão “... foi fim infância, início da adolescência foi mais por aí. Comecei a pensar de maneira diferente (...) do que eu achava que deveria pensar. Vendo as minhas irmãs (...) amigas (...) a minha mãe e ouvindo as opiniões dos meus pais ... porque para os meus pais sempre foi (...) a menina mais princesa desta vida, então, eu senti-me assim um ... naquele conflito de ... será uma fase? Estarei confuso? Estarei só assim a confundir as coisas?” (P3) “Não foi muito bem recebido. Não foi respeitado, não foi de certa maneira ouvido, foi ouvido e atirado ao lixo. E isso também ... gerou muitos problemas comigo mesmo, porque eu costumava duvidar até da minha vontade, só porque os meus pais davam uma certa opinião, porque, afinal de contas, são os meus pais. Eles sabem o que é que é melhor para mim ...” (P3)

2.1.3.
(Des)conforto com a imagem corporal

“... nunca estive propriamente desconfortável com a minha imagem (...) nunca me senti muito incômodo (com o corpo), a roupa era a que uso agora.” (P1)

“Só depois na adolescência é que começou (...) Começa a haver mudanças, que se calhar são indesejadas, ou então a querer umas que não vamos ter, é mais por aí ...” (P2)

“...a olhar para os meninos com uma certa inveja, mas não sei que inveja, ... às vezes a maneira de andar o estilo. (...) eu sempre me vesti mais masculino que feminino (...) estruturas do corpo (...) confusão, só a partir do momento em que disse que era um rapaz ... aí é que sim ...” (P4)

“...ela disse que queria tirar as mamas ..., mas desde sempre. As costas, a ginástica, correr (...) eu não me sinto bem com esta camisola ... dizia ... não gosto destas mamas aqui ... porque é que eu não sou tábuia, tanta gente que quer ter mamas e eu dispensava isto (...) ele era gordinho, agora está mesmo magra, (...) Ela perdeu muito peso ... ela gastava L, está a gastar S ...” (F3)

“... que tinha o peito grande ... agora lá está ... com as bandas ... com tudo ... está deformado (F3) (...) e depois usa aquele colete tão apertado (...) às vezes quer respirar e já não consegue, (...) o colete já trazia e ela fez mais buraquinhos para apertar ainda mais ...” (F2)

“... quando fomos cortar o cabelo e ele a olhar-se ao espelho, e a expressão de felicidade de se ver. Mais próximo daquilo que ele sentia que era. Depois quis, ... ele andava lá com as coisas para apertar o peito, e quis mais tarde fazer a mastectomia.” (F1)

	<i>“Para mim foi um percurso muito sozinho, mas depois deixou de ser também.” (P2)</i>
	<i>“... solidão ... talvez não ser compreendido, talvez seja isso, ninguém me compreender ...” (P4)</i>
	<i>“... aí é que comecei a me sentir mal, porque eu comecei a dizer ...isto não sou eu ... e eu sabia que havia uma parte de mim que eu até chamava de [nome masculino] (...)” (P4)</i>
	<i>“Na verdade, foi uma altura da minha vida ... altura em que eu era menos eu. Estava só ali. Porque para mim não podia demonstrar qualquer tipo de individualidade, qualquer coisa que pudesse ... dizer ...” (P2)</i>
2.1.4. Sofrimento psicológico	<i>“nessa altura andava muito mal, andava muito estranho (...). Com muita ansiedade, não era meu (...) e falei com a minha mãe e ela pensou que era melhor uma consulta e foi a melhor ideia porque a partir daí comecei a ser medicado e ajudou bastante.” (P3)</i>
	<i>“... nessa altura, eu estava mal psicologicamente, estava numa pressão muito pesada. Ansiedade ... essas porcarias todas ...” (P4)</i>
	<i>“..., mas ela chegou a ter muitos ataques de pânico. A sorte é que a minha mãe trabalhava perto do liceu e conseguia ir lá ... ela fechava-se lá, não conseguia, (...) ela tentou cortar uma vez os pulsos. “(F3)</i>
2.1.5. Liberdade e felicidade	<i>“Afirmar-me mesmo, mesmo ... foi agora na universidade, em que toda a gente me chama [nome social], o meu nome morto não é usado para nada (...) agora, sim, meio que, sinto-me em liberdade, honestamente” (P4)</i>
	<i>“(...) na faculdade, sim. Fiz amizades, senti-me mais livre, mais feliz, no geral (...) Foi um processo tranquilo, realmente tenho muita sorte.” (P1)</i>
	<i>“Houve uma fase escolar que foi muito negativa (...) agora são dezanoves, vintes ... encontrou-se, encontrou-se, (...) porque está mais feliz (...) com pessoas que não o conhecem (...) que não o vão julgar pelo seu passado. intitulou-se como (nome social) e está mesmo (...) muito mais feliz.” (F3)</i>

Relativos às famílias

2.1.6. *“... lembro-me que a minha mãe não aceitou muito bem (...) tipo um choque ... foi um bocado assim, pronto ...” (P4)*

Choque *“..., mas para as outras pessoas maior parte das vezes é uma novidade.” (P1)*

“Aos 15-16. (...) diz-me (...) mãe, eu gosto é de raparigas ... hoje, essa questão de ter um filho gay ou uma filha lésbica é mais fácil de digerir do que a de agora, (...) caiu o assunto mesmo ... exposto publicamente, assumido mesmo (...), custou-me aceitar ... muito, não quer dizer que eu tenha aceitado 100% (...) conversarmos bastante, mas é um choque, é um choque ...” (F2)

“... ela já à longo prazo nos foi preparando ... por agora ... se estou preparada para ter um irmão a 100%. Não. Eu estou preparada é para ser o [nome socia], vestir-se como um homem e tirar as mamas. E ponto final no assunto. Porque quando ela disse que se considerava lésbica ... eu na altura disse ... ai por amor de Deus, há coisas piores na vida ... eu assustava-me mais se tu disseses que agora querias ser rapaz (...) ... e descartei completamente o assunto e anos mais tarde ela diz isto ... foi um choque porque me lembrei daquela conversa (...) é hormonas, é as cirurgias ... comecei a questionar ..., mas tu vês-te a ter uma pilinha? ... tu queres uma mudança a esse ponto? ...” (F3)

“Eu e a [esposa] até já tínhamos pensado em homossexualidade. Pensamos, nas dificuldades que podia vir a passar, mas que nunca seria por nós.” (F1)

2.1.7. *“... foi aquela coisa de a minha mãe olhar para mim e dizer ... não, tu não és um rapaz, nunca foste um rapaz, nunca demonstraste ser um rapaz. É uma fase, estás a passar por uma fase delicada, és adolescente, todos os adolescentes têm essas dúvidas.” (P3)*

Negação

“Aos 9 anos, houve uma altura que pedi para me tratarem por um nome masculino, mas ninguém ligou nenhuma, então desisti ...” (P1)

“... nós [família] tivemos um ano assim, um bocadinho em marés, assim a ignorar o assunto.” (P4)

“... foi um bocado ignorado, digamos, ... é uma fase decerto ... (...) mas tens a certeza? (...) Mas também é contraditório (...), porque por muito que (...) tenha sido num passado recente, já lidamos com isto há muito tempo. E eu acho que ainda estou um bocadinho assim ... ainda fujo muito com o rabo à seringa neste tipo de conversas.” (F3)

2.1.8. Preocupação	<i>“A única questão foi mesmo preocupação com o meu sofrimento por parte da minha mãe o que a levou um pouco no seu próprio processo de sofrimento.” (P1)</i> <i>“... a minha mãe estava com aquele receio ... vais te magoar, podes sofrer transfobia ...” (P4)</i> <i>“... era o medo que eu tinha (...) tínhamos muito medo de que isto podia ser ao contrário como lhe aconteceu no liceu. Que todas as pessoas o rejeitaram ...” (F2)</i> <i>“... eu também lhe fiz ver as coisas (...) tens de atingir um objetivo económico de independência (...) se vais começar com operações (...) e coisas assim ... tu vais perder muito tempo e vais atrasar a tua vida, (...) tiras a licenciatura e acabas e, entretanto, vais amadurecendo a ideia.” (F2)</i>
2.1.9. Luto	<i>“Eu percebo que [para a família] seja um processo, há um luto envolvido, claro que a pessoa é a mesma e nada muda, mas de certa forma muda porque as pessoas ligam muito ao género e acabam por ter de reformular a ideia que tem sobre essa pessoa, então tem que fazer um luto sobre a ideia anterior associada à pessoa.” (P1)</i> <i>“... a minha mãe diz que é como se fosse uma pessoa a morrer ... é uma identidade a morrer, ...” (P4)</i> <i>“Teve mais dificuldade [mãe], teve de fazer o luto da filha. E não era por não aceitar o [filho], era uma coisa dela.” (F1)</i>
2.1.10. Medo do coming out	<i>“Com a minha avó materna demorou um pouco mais, (...) a minha mãe tem aquela coisa com as aparências, a imagem e a minha avó também (...) a minha mãe tinha bastante medo de como a minha avó iria reagir, de como as pessoas onde ela vive iam reagir (...) eu só dizia à minha mãe que a avó era capaz de surpreender pela positiva e que era mais o medo da minha mãe a falar mais alto (...) correu tudo bem quando soube, ... [a avó] foi como meu irmão, só me chamou pelo nome meses depois ...” (P1)</i> <i>“Tentei falar com a minha mãe (avó) disse-me (...) chocou um bocado. Já nem avancei muito o terreno, disse-me (...). E eu já não avancei ...” (F2)</i> <i>Eu já comecei a introduzir, ao meu pai e à minha mãe, mais à minha mãe, devagarinho a dizer que isto ia ser um processo de aceitação de toda a gente ... de esquecer aos poucos a [nome morto] e aceitar o [nome social].” (F2)</i> <i>“... o meu avô não. Nem vale a pena tentar explicar.” (F3)</i> <i>“Ele tem força para isso, mas eu falo por mim, como irmã ... eu não tenho essa força. Como é que suposto agora lidar e dizer ... então e a tua irmã? ... Não, não, não. É o (nome social) e é o meu irmão não é suposto. Todos os meus amigos a conhecem, (...) lembram-se (...) a família seja o que for, como é que é suposto nós também lidarmos com isto.” (F3)</i>

“O [nome social] veio ao meu telefone, e mudou o (nome morto) e meteu [nome social] filho. Outro dia tocou (...) estou com a minha chefe e outra colega, e tocou aqui o telefone, (nome social) filho fica tudo a olhar ... e quer dizer, não tiveram coragem de dizer ..., mas olharam para mim “tu tens um filho?” ... e pronto, agora já sei que não tem coragem de dizer, mas vai ser um zunzum... porque eu já notei.” (F2)

2.2.
Estratégias
de coping

Utilizadas pelas pessoas Trans

- 2.2.1. *“... depois em casa, nas brincadeiras que fazia sozinho e que imaginava, era sempre um rapaz. Nos jogos de computador, mentia e dizia que era um rapaz. Tive umas namoradas online e dizia sempre que era rapaz (...) Mas quando sonhava, nos sonhos eu era um rapaz e lembro-me de pedir antes de ir para a cama, nem sei bem a quem, a deus ou algo assim ... e eu nem acredito nisso ... que quando acordasse, fosse um rapaz ...” (P1)*
- “... era mesmo questões de ver as raparigas da minha idade começarem a ter a puberdade e eu punha coisas debaixo das camisolas. Também dizia que tinha maminhas ...” (P2)*
- “... quando brincava com jogos online, eu punha sempre nomes masculinos, nunca punha nomes femininos, não gostava, pronto ... e foi esses sinaizinhos que também nunca dei muita importância, mas que era algo que fazia parte de mim, pronto ...” (P4)*
- “Quando jogava no computador, e deixava o computador ligado usava nome de rapaz. Não sei se deixava à vista de propósito, se era sem querer ... e andava sempre com as amigas ...” (F1)*
-
- 2.2.2. *“... quando cheguei por volta dos 14-15 anos ... pronto, é aquela idade em que uma pessoa quer mais validação social, de amigos e assim ... eu vi que ... Eu era uma menina entre aspas, então eu via o que as outras meninas faziam, tinha de fazer igual, ...” (P4)*
- “... a [nome morto], o [nome social] diz-me assim ... mãe eu tentei moldar-me às pessoas, eu tentei, tentei modificar a minha maneira de ser ... nunca as pessoas estão satisfeitas ...” (F2)*
- “Desde a primária que ela chegava, havia dias que era tudo muito contente, muitos amigos ... outros dias que ela chegava triste e dizia que levava na escola ... e depois lá está ... o estilo, a maneira como se veste ..., e depois ... porque agora todas elas usam tops, então eu tenho de usar tops porque também quero ser inserida. E foi assim desde o primeiro ano. Depois é por isso que ela se cansou no secundário ... tipo, já esgotei, já chega ... eu não vou agradar mais a ninguém.” (F3)*
-
- 2.2.3. *“... ela realmente houve um período que estava muito, muito isolada ... não saia, não ia para lado nenhum, e se saísse era connosco ...” (F2)*
- Isolamento

	“... preferia estar sozinha, dizia eu não tenho amigos, eu tenho colegas de turma ... e eu ..., mas [nome social] tu vais liceu casa, casa liceu e ele dizia ...não me importa, a minha vida é aqui, ..., mas nunca como vitimização ... nunca como sofrimento ...” (F3)
2.2.4. Ocultação da IG	“... eu sou uma pessoa muito (...) recatada. Por isso entrar num consultório e dizer ... olhe, o meu nome não é [nome morto] é [nome social] sou um rapaz, não sou uma mulher e depois sentir aquele desconforto de muitas vezes ... um olhar questiona, porque eu não sou um cliché de um rapaz Trans (...) não entro bem nessa caixa, por isso (...) quando entro no consultório, muitas vezes sou a [nome morto] e saio do consultório e volto a ser o [nome social] É, infelizmente, acontece ... e até eu tomar uma decisão mesmo de mudar o meu nome no meu cartão, o meu género, o meu sexo ... isso não vai mudar.” (P 3) “Não quis fazer ainda (...) [uso do nome social ou mudança do nome no cartão de cidadão]. Se calhar até faria sentido. Só que de um ponto de vista social, acho que neste momento, se calhar me ia deixar em situações mais desconfortáveis do que só deixar assim, para já. É mais uma decisão nesse sentido do que propriamente uma decisão da afirmação.” (P2)
2.2.5. Aceitação	“... porque é que vou estar aqui a sujeitar-me a uma situação que eu sei que não é verdade ... e já não abrir as portas e arriscar. (...) transfobia eu posso sofrer em qualquer momento da minha vida. Não vou estar a viver a minha vida com medo de um problema que nem é problema, ou seja, tinha de enfrentar a ter um bocado as asas e sair do ninho, ...” (P4) ” ... ela (mãe) tem de entender que ... quer aceite, quer não aceite, quer respeite ou não respeite eu vou viver uma vida diferente do que ela quer que eu viva.” (P3) “...tendo o cuidado, as pessoas devem deixar ser-se livres, mesmo que a família acabe por não corresponder de forma positiva.” (P1) “... foi ela ter ido para a universidade, ter tido uma conversa comigo a dizer ... olhe, eu quero mudar a minha vida. Eu quero sair definitivamente do armário, eu quero ser conhecido por este nome (...) e está muito mais leve” (F2).
Utilizadas pelas famílias	
2.2.6. Dar tempo	“... foi me dito para lhes dar tempo, como para dar tempo a mim. Especialmente pela minha mãe, porque ... és minha única filha, eu queria que tu fosses assim assado, tens de me dar tempo. isto é uma coisa difícil, não é só difícil para ti.” (P3) “O tempo é a melhor coisa para a adaptação. O resto a gente tem que já ter aqui na cabeça as coisas bem claras. Ter as coisas bem claras. Depois o resto, o tempo faz. (...) todos nós precisamos desse tempo, não é só o [filho] que precisava do tempo para as coisas, mas nós todos precisamos de tempo...” (F1)

	<i>“Eu sempre fui uma pessoa que compreendi isso e que não forçava. Eu falei, falei, falei e depois calei-me porque percebi. OK eles precisam de tempo para digerir ...” (P3)</i>
2.2.7. Seletividade na revelação	<i>“...até fiquei durante uns tempos sem a minha mãe me deixar ir lá onde ela vive (a avó) para ninguém saber (...) Foi uma altura um bocado difícil. Sentia-me um bocado ... um segredo ... algo que se devia ter vergonha ...” (P1)</i> <i>“Eu optei por na altura partilhar isso com os meus amigos e com alguns colegas, mais próximos. (...) a maior parte das pessoas com quem trabalho sabe disso. Uma recetividade também muito boa das pessoas (...) (a esposa) demorou mais um bocadinho, (...) aquela coisa de não tenho de estar a espalhar. Claro que não se tem de estar a espalhar. Mas, há coisas que acontecem naturalmente. Eu também só digo quando se proporciona...” (F1)</i> <i>“... eu contei à minha irmã [tia da pessoa Trans] (...). Acho que falou com o marido dela ... que não disse nada, ele é muito reservado ..., mas acho que se não gostasse dela acho que não comprava no Natal, (...) nem tinha essa preocupação (...). Para mim já foi uma atenção ...” (F2)</i>
2.2.8. Reenquadramento	<i>“, ela [mãe] meio que deu uma chapada na sua própria cara, a dizer assim ... não. Eu prefiro ter um filho do que não ter nada (...) com a minha irmã, foi um bocadinho mais complicado (...). Mais recentemente, [irmã] teve uma conversa com a minha mãe, (...) chegou a um consenso que pronto é a realidade, e pronto tem de ser ... custa a ela, custa a mim, custa a todos” (P4)</i> <i>“... passei a ver ... o quanto era e a forte ... (...) porquê dela estar muito tempo no computador (...) escrevia histórias em inglês e passava o tempo a melhorar o inglês dela ... investiu nela ... em vez de se revoltar, em vez de se vitimizar ...” (F2)</i> <i>“Bom, comecei a chegar à conclusão ... que eu tenho de me encaixar. Porque, eu comecei a ouvir o [nome social], comecei a questionar, a tentar compreender como ela se sente na sociedade, então hoje ..., se o meu sofrimento é da aceitação porque eu vejo uma filha ... então o meu sofrimento não é nada, o meu sofrimento não é nada. Perante o [nome social], o que ele passa ... porque ele tem de dar a cara à sociedade ... às pessoas ... assumir ... e as pessoas têm de o aceitar (...). (F2)</i> <i>“... eu disse “a minha dor” a minha dor de quê? está vivo, está vivo, só tem de mudar a minha mentalidade, de visão, de uma rapariga para um rapaz ... só tenho de aceitar, aceitar ... Se esta dor de aceitação custa ... a minha ... com aquilo que o (nome social) tem passado, não é nada ... arruma para o lado, arruma para o lado ...” (F2)</i> <i>“... eu não posso fugir. Eu tenho de encarar. Eu tenho de ir a [localidade onde estuda] quando dou por ela estou no meio do mundo das amigas dela, lá da residência e dos amigos ... [nome social], [nome social] ..., e eu não posso sair-me com [nome morto] ...” (F2)</i>

3. Exploração dos recursos familiares

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
3.2. Recursos do sistema familiar	3.2.1. Crenças familiares	<i>“O meu pai também muito bem, ele defende sempre a ideia de que as pessoas são livres de serem o que são e de se exprimir como sentem que devem e querem fazer. Ou seja, sempre levou tudo com muita naturalidade.” (P1)</i> <i>“Queríamos é tentar ajudar o [nome social] ... aqui no interesse é tudo, ... é a felicidade é do [nome social] (...) eu não quero ser igual aquela mãe, não quero ... e nunca serei. Eu Não vou complicar a vida dele. Porque eu acho que já afirmar-se perante a sociedade, já é um ato de coragem, um ato de enfrentar todos e qualquer mentalidade ...” (F2)</i> <i>“Eu só quero que o [nome social] seja feliz, não vou dizer que não me faz impressão (...). Como é que nós conseguimos ter a coragem dela? e, no fundo, a nossa coragem não é chamada para isto.” (F3)</i> <i>“Sempre pensei que o mais importante é que os meus filhos fossem felizes. Pus sempre a felicidade dele acima de tudo. Tentar compreender o que o [filho] estava a sentir. E acho que isso ajudou (...) ver quais são as prioridades. O que é realmente importante acima das aparências...” (F1)</i>
	3.2.2. Comunicação Familiar	<i>“Os meus pais nunca se meteram nisso [forma de vestir] (...) Somos uma família que dá liberdade à expressão (...). Sempre fomos uma família que falou de tudo à vontade, sem tabus ...” (P1)</i> <i>“... eu pergunto-lhe tudo ... porque nós temos conversa muito abertas de tudo” (F2)</i> <i>“[a família] defende sempre a ideia de que as pessoas são livres de serem o que são e de se exprimir como sentem que devem e querem (...) levou tudo com muita naturalidade.” (P1).</i>
	3.2.3. Apoio familiar	<i>“... mal-entendi quis logo contar à minha mãe (...). Foi fácil ... eu tinha a certeza que os meus pais iam reagir bem (...). Sei que sou privilegiado com a família que tenho (...) Sempre tive e ainda tenho o apoio completo e acompanhamento muito próximo dos meus pais para isto.” (P1)</i> <i>“Nós iríamos apoiar sempre, fosse o que fosse.” (F1)</i>

“Da família alargada do lado do meu pai (...) tivemos, uma resposta (...) das pessoas incrível, incrível, muito boa. Ficamos surpreendidos. A dar os parabéns, por sermos uns pais (...) assim, e termos feito as coisas como deve ser...” (F1)

“Não acho que haja necessidade para já (de contar à família).” (P2)

“... ia falando com os meus amigos (...), nunca com a minha família (...) E aos dezasseis, dezassete ... cheguei a falar com a minha mãe. E depois comecei a falar com o meu pai também, só que não foi bem recebido e até hoje ainda estamos nessa miniguerra de ideias (...) o meu pai ... foi um bocado pesado. (...) não aceitou desde o momento que comecei a falar sobre isso e ainda até hoje tenho esse problema.” (P3)

“... foram elas [meias-irmãs], que primeiro souberam que eu fui referenciado (...) apoiam me bastante ... é um apoio que eu não sinto em casa sinto nelas (...) o meu número um ajudante que deveria ser, deviam ser meus pais e eu senti muito essa falta de ajuda do lado dos meus pais ... “(P3)

“A minha mãe, na altura já com 80 anos, aceitou muito bem, começou logo a chamar pelo nome, acompanhava-o às cirurgias. O resto da família, tudo. Já a mãe [sogra], mais conservadora, mais ligada à igreja, foi mais complicado (...) “(F1)

“... antigamente podia ter apoio, (...) das pessoas da faculdade ou até mesmo os meus amigos (...) e não era a mesma coisa, no momento em que realmente foi aceite pela família ... para mim o que me importava mesmo era ser aceite pela minha família, (...) o meio social também é importante, mas é mais importante para mim o meio familiar (...) Quando se tem apoio daqueles que se gosta é ... o resto não importa, honestamente.” (P4)

“Não lhe ia virar as costas ... não! ..., mas eu pensei assim, ... se eu virar e eu não aceitar, não vou apoiar o [nome social]? Quem é que vai? Ela não tem mais ninguém” (F2)

“Apoio familiar é essencial” (EQ)

“Existem algumas barreiras a nível da gestão do processo por parte da família” (EQ)

“Não tínhamos informação. Não estava tão divulgado como agora. Mas começamos logo a tentar perceber como podíamos apoiar.” (F1)

3.3.	3.3.1.	<i>“... eu ia falando com os meus amigos, ia experimentando, (...). Será que eu me sinto assim ou assado, (...) tenho um grupo de amigos muito forte” (P3)</i>
Recursos comunitários	Apoio de amigos	<i>“[até á faculdade] Tive uma outra (amizade) mas era-me mesmo difícil manter (...). Não fiz propriamente amigos, pelo contrário, isolava-me muito e as poucas pessoas que falavam comigo, não acreditava propriamente que gostavam de mim. [Depois] (...) conheci</i>

	várias pessoas da comunidade [LGBTI+] e creio que isso ajudou bastante. (...) que por sinal são agora amigos mais próximos.” (P1) “... só mais tarde no secundário. Que tive o primeiro amigo que também é gay. E que tive alguma confiança nesse aspeto (...) encontrei essas pessoas [apoio] de forma natural, a conviver.” (P2) “... tive um núcleo de amigos, tipo no 12º ano (...) eu disse aos meus amigos, que eu era [nome social] e que era um rapaz ... e pronto começaram a chamar por (nome social), mas era um grupo muito reduzido” (P4)
3.3.2.	“...há associações e recursos que podem facilitar esta adaptação. (...) [aos pais] facilitaram imenso o seu processo e hoje em dia já está tudo bem em relação a isto (...). A minha mãe por estar a ter um processo mais penoso, acabou por procurar associações que a ajudou, a AMPLOS. [o pai] não, (não procurou apoio) sempre levou tudo com muita naturalidade.” (P1) “... acabamos por ter com a associação AMPLOS, (...) foi uma grande ajuda. Principalmente para a [esposa]. ...Porque encontrou outras mães e muitos pais, (...) que estavam na mesma situação e foi... muito, muito útil. Diria mesmo assim, útil (...). Acabou por retirar peso de cima (...) porque quer dizer, ... não estou sozinha neste processo, há tanta gente a passar por isto (...) depois não precisávamos de mais coisas, acabamos por nós ajudar outros pais ...” (F1) “Não, neste momento não (...) mas havia essa possibilidade de falar com associações para ver se o processo com [hospital] Santo António seria mais rápido” (P2)
Apoio de associações	“... tive de tomar iniciativa para encontrar uma associação com conseguisse ajudar diretamente. Encontrei uma associação que é o Centro GIS, foi-me sugerido. Eu tenho ido lá fazer consultas já desde o ano passado. (...) Eu já falei com a minha mãe sobre AMPLOS, já falei à minha mãe e ao meu pai (...) e deu uma discussão do caraças ... que não são eles que precisam de ajuda, que não são eles que estão doentes mentais (...) Que seria benéfico para ele seria. Porque é diferente quando sou eu e quando é uma pessoa de fora.” (P3) “A minha mãe negou logo, o meu pai riu-se na minha cara, que ele é muito contra médicos, como ele diz, da cabeça, que ele não precisa da cabeça dele mudada. Por isso, eu já sugeri, já fiz a minha parte. Eles já são bem grandinhos para perceber se precisam de ajuda ou não, eu fiz a minha parte que era sugerir.” (P3) “Apoio de associações.” (EQ) “O apoio de outras famílias, de outras pessoas que passaram pelo mesmo.” (EQ)

4. Reconhecimento das expectativas sobre o papel da equipa

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
4.1.		<i>“Identificação precoce de disforia de género.” (EQ)</i>
Facilitação das expressões de género plurais		<i>“Perguntar nas consultas se nos sentimos bem com o nosso corpo (...) não é só ... tens dores com o período e já está ... não, (...) é, tu sentes-te bem por teres o período? Tu sentes-te bem com essas alterações hormonais e físicas no teu corpo, (...) como te sentes com as alterações físicas? tu gostas do teu corpo? gostas do teu peito? (...) estamos preocupados se fazemos a palpação ... mas nós sentimo-nos bem a apalpar a nossa mama? “(F3)</i> <i>“Avaliar a saúde mental” (P1)</i> <i>“... a saúde mental é importante para toda a gente. Nós somos uma comunidade que é fragilizada de muitas formas nesse aspeto” (P2)</i>
4.2.		<i>“Referenciação rápida.” (EQ); “Sentir que vamos ter orientação e respostas.” (F3)</i>
Referenciação		<i>“..., a primeira via é sempre o médico de família, é mais rápido. E já estava a ver os planos Bês, Cês, porque às vezes nem sempre falar com o médico de família funciona (...) mas funcionou.” (P2)</i> <i>“... o médico explicou-me que só me podia encaminhar para áreas aqui de [nome da cidade] (...) eu fiquei na ideia que não era possível...” (P4)</i>
4.3.		<i>“... informar sobre os recursos existentes: apoio, medidas não médicas.” (EQ)</i>
Suporte informativo	4.3.1. Recursos de apoio	<i>“... devem sempre dizer quais são os apoios que há ... as associações que ajudam... não devem decidir se precisam ou não... dizem o que há e que apoios dão e depois as pessoas decidem.” (P1)</i> <i>“... também não é só dizer ... tem estas associações ... porque eu posso ser acanhada ... não me sentir à vontade ... se eu tiver um intermediário para me dizer assim, alguém vai entrar em contacto consigo ... para lhe facilitar ... quebrar aqui o gelo. Eu acho que é mais fácil ... “(F2)</i>
	4.3.2.	<i>“... haver informação quanto ao processo a tomar (...) como chegar ao Santo António. (...) quanto às opções. O que fazer para tomar essas decisões (...) quero começar a perceber o que é terapia hormonal. Quero começar a perceber o que é que existe, que eu posso fazer. Para me sentir melhor. E o que eu posso fazer para lá chegar ...” (P2)</i>

Percursos de afirmação de género	<i>“... saber o que vai acontecer ... o tempo que tem de esperar para a cirurgia ... ter um folheto, no sentido de contactos urgentes, perceber onde é que nós nos vamos meter. (F3)</i> <i>“... o mais importante [para a família] é haver informação. (...) assumir que estamos a partir do zero ... porque muitas vezes é o que acontece mesmo. E se calhar há coisas que são conceitos simples, mas que não são. E são muito confusos, na verdade. E acho que é isso. (...) via consulta, via folhetos informativos, via um e-mail, ou todos. (...) o núcleo familiar precisa dessa ligação exterior, ou de uma explicação exterior ou profissional para validar essas coisas, porque de outra forma, não vai lá.” (P2)</i> <i>“... pais e familiares em geral que querem se mostrar mais envolvidos no assunto e não sabem como. (...) a minha mãe às vezes faz-me perguntas, que até me atacam um bocado, porque são perguntas um bocado desconfortáveis (...) acho que se ela tivesse um acompanhamento extra, ela não me faria essas perguntas a mim, (...) e fazia a um profissional que não tinha problema nenhum perguntar e ela saberia a informação que precisa ter...” (P4)</i> <i>“É importante informarmos sobre o processo de afirmação médica, os circuitos, o que vai acontecer, o que pode fazer, as consequências...” (EQ) “... conversar sobre que opções e consequências.” (EQ)</i>
4.4. Apoio emocional	<i>“... eu pensava que para ser trans tinha de ter uma história linear ... e eu pensei ... a minha história não é assim ... então eu não sou trans ... E então para conseguir chegar lá foi um bocado complicado, ... talvez se eu tivesse um apoio na altura ... para ajudar-me a perceber o que é que eu estava a sentir, então talvez tivesse sido muito mais fácil, nesse aspeto.” (P4) Apoio da família, ... também tem de ter uma espécie de acompanhamento para saber como é que se lida com as situações, o paciente para saber o que está a sentir ... para saber se há mais pessoas, assim como ela.” (P4)</i> <i>“Apoiar no sentido de ajudar a entender o que se passa.” (EQ) “Apoio para enfrentar e poder ajudar o filho (o que fazer, o que não fazer, que não há pressa – sem questionar a certeza da pessoa).” (EQ) “</i> <i>“... uma coisa muito importante é dizer que não há pressa.... Não sei bem como, porque também não se pode dar a ideia que se está a questionar a certeza da pessoa, Mas dizer que para as cirurgias não há pressa, que tem de ser bem pensadas.” (P1)</i> <i>“E sobretudo, não diga deve fazer isto, (...) É quase mais importante [dizer] (...) esteja atento para não fazer aquilo que não deve, para não estar a criar nenhuma situação que seja mais complicada para o filho.” (F1)</i>

APÊNDICE 5 – MATRIZ DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E
ESPECÍFICAS DE ECESF

Matriz
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista			
Domínios	Competências	Ações	Objetivos
Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	C1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia Profissional.	Todas as ações	Garantir a tomada de decisão alicerçada na parceria com a pessoa e a família, nas preferências destes, na melhor evidência disponível, no conhecimento e experiência pessoal, as normas legais e nos princípios éticos e a deontológicos da profissão. Refletir sobre o processo de tomada de decisão e conhecimentos adquiridos. Desempenhar papel de consultor área da especialidade.
	C2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	Todas as ações	Demonstrar uma prática de cuidados especializados que promove a proteção e o respeito dos direitos humanos (quanto ao acesso, confidencialidade e segurança da informação; e à escolha, autodeterminação, valores costumes e crenças) das pessoas e famílias.
Melhoria Contínua da Qualidade	C3 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	Ação 2	Participar e dinamizar a (co)construção de projetos institucionais, numa perspetiva de otimização de cuidados e de governação clínica.
	C4 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	Ação 1; 2; 4	Reconhecer a importância da avaliação das práticas e dos seus resultados para o planeamento e implementação de programas de melhoria contínua. Gerir e colaborar em programas de melhoria contínua.
	C5 - Garante um ambiente terapêutico centrado na pessoa e na família e promove um ambiente seguro. Garante um ambiente terapêutico e seguro.	Ação 1; 2; 4	Promover um ambiente terapêutico centrado nas singularidades culturais e espirituais. Participar na gestão de riscos ambientais.
Gestão dos cuidados	C6 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	Todas as ações	Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, através da assessoria e articulação com outras equipas ou profissionais.
	C7 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	Ação 1; 2; 4	Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. Fomentar um ambiente positivo e favorável à prática. Usar os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	C8 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Todas as ações	Reconhecer a influência pessoal na relação profissional, os recursos e limites pessoais e profissionais.
	C9 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	Todas as ações	Atuar como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação, desde a identificação de lacunas até à divulgação de resultados. Identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. Promover a incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. Assegurar o planeamento e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Competência: C10 - Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.		Considerar a família como unidade de cuidados, promover a sua capacitação e centrar-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.
Unidades de competência	Atividades	Objetivos
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.	Ação 1, 2, 4	Conceber o processo de cuidados com as pessoas e as famílias numa abordagem colaborativa, baseado nas suas forças e na consecução de objetivos por si definidos, no sentido de promover, manter e reforçar a saúde das mesmas.
Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.	Todas as Ações	Identificar fatores ambientais que possam afetar o estado da saúde das pessoas e das famílias. Identificar crenças e cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde. Identificar forças e vulnerabilidades na resposta familiar às transições de vida
Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.	Ação 1, 2, 4	Considerar a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, e dos diversos fatores envolvidos na resposta a situações complexas.
Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.	Ação 1, 2, 4	Criar um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. Analisar como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família.
Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.	Todas as ações	Integrar a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar. Desenvolver com a família formas que potenciem os processos adaptativos positivos. Promover ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias.
Facilita a resposta da família em situação de transição complexa	Ação 1, 2, 3, 4	Promover o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de mudança. Promover as adequadas relações de apoio. Explorar estratégias para melhorar a dinâmica familiar e alcançar os seus objetivos. Analisar com a família os recursos necessários às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos. Documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente.
Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.	Todas as ações	Procurar orientação a fim de melhorar a sua prática em enfermagem de saúde familiar. Avaliar continuamente a sua prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho. Promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. Demonstrar competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar.
Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.	Ação 1, 2, 4	Avalia a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares. Integrar a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.
Competência: C11 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar		Gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.
Unidades de competência	CrITÉRIOS de avaliação	Atividades
2.1 — Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.	Ação 1, 2, 3, 4, 6	Promover a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. Referenciar a família para outros profissionais de saúde. Contribuir para a mudança dos sistemas organizacionais.
2.2 — Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	Todas as ações	Participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar. Promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. Criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. Participar ativa e intencionalmente no desenvolvimento de medidas, relacionadas com a saúde e direitos da família.