

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CLARICE CEZAR CABRAL

POR UMA TRANSIÇÃO COMPARTILHADA:
narrativas autoetnográficas no encontro da atenção psicossocial com o processo
transexualizador

RIO DE JANEIRO
2019

Clarice Cezar Cabral

POR UMA TRANSIÇÃO COMPARTILHADA:
narrativas autoetnográficas no encontro da atenção psicossocial com o processo
transexualizador

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em Atenção
Psicossocial, IPUB, Universidade Federal do Rio
de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Atenção Psicossocial

Orientadora: Nuria Malajovich Muñoz

Rio de Janeiro
2019

Clarice Cezar Cabral

POR UMA TRANSIÇÃO COMPARTILHADA:
narrativas autoetnográficas no encontro da atenção psicossocial com o processo
transexualizador

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em Atenção
Psicossocial, IPUB, Universidade Federal do Rio
de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Atenção Psicossocial

Aprovada em 11 de junho de 2019

Nuria Malajovich Muñoz –IPUB/UFRJ

Octavio Domont de Serpa Jr. –IPUB/UFRJ

Guilherme Silva de Almeida - Escola de Serviço Social UFRJ

Paula Gaudenzi –Instituto Fernandes Figueiras (IFF-Fiocruz)

*A todas as pessoas que compartilharam suas histórias comigo e apostaram na
potência das palavras*

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as transformações na minha vida desde que retornei ao IPUB em 2017 para iniciar o Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial. De certa forma, foi como voltar às origens depois de uma longa viagem transformadora. Além dos cabelos, que fui parando de alisar para assumir novamente os cachos, deixei para trás um trabalho de quatorze anos e terminei a dissertação fechando também minha passagem pelo IEDE;

A UFRJ é a Universidade onde me formei psicóloga em 2001 e o IPUB o local que me formou como profissional da Atenção Psicossocial no estágio, na residência e na rede de saúde com seus projetos de extensão, eventos e produção acadêmica de seus professores. Fazer o mestrado aqui foi como estar em casa.

Estar próxima de minhas referências depois de circular bastante por outras redes foi fundamental para suportar tempos difíceis de desmonte e ataque ao Programa de Saúde Mental do país. O Mestrado Profissional contribuiu muito para reavivar a força para continuar defendendo os princípios da Atenção Psicossocial junto com uma turma fascinante, diversa, extremamente engajada e animada. Compartilhar com eles as discussões em sala, os chopes na Mureta, o bate-papo no almoço foi o sopro de ânimo e leveza que me faltava.

Por outro lado, a escrita foi árdua! Não é meu forte e me causa grande sofrimento. Ter uma orientadora com quem pude falar abertamente sobre tudo isso e que, mesmo assim topou orientar meu caos e desatar meus nós com delicadeza, paciência e bom humor, não tem preço. Mais do que minha orientadora, Nuria foi minha grande parceira e incentivadora, embarcando comigo numa viagem também desconhecida para ela, dando o tom na escrita e tornado mais simples o que parecia tão confuso.

Octavio, Guilherme e Paula complementaram este time com comentários e pontuações ricas, precisas e muito cuidadosas. Suas contribuições foram fundamentais para acertar as arestas e dar corpo ao que ainda parecia um tanto desmembrado. Tentei aproveitar ao máximo as sugestões ainda que a escrita acabe fazendo com que deixemos alguns fios soltos pelo caminho.

Para promover o encontro proposto aqui, precisei de outros interlocutores, ou seja, tive que fazer rede! Nesta busca cheguei ao Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos (NEPP-DH), numa disciplina de Narrativas Plurais onde conheci pessoas e dividi experiências que perduram até hoje. Sergio Baptista e Anna Marina fizeram de uma disciplina um encontro plural e democrático onde tive acesso a contribuições e questionamentos preciosos.

Luísa, Rafael, Patrícia, Karen e Amanda foram as pessoas com quem dividi o trabalho nos últimos anos no Ambulatório de Disforia de Gênero do Instituto de Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE). Uma equipe querida e engajada, com muita potência e capacidade de realização, que contribuiu com que a atenção às pessoas trans no Instituto atingisse um novo patamar com a ajuda da direção que sempre apoiou este projeto. Me despedi deles para seguir novos rumos, mas sou muito grata por ter participado da construção de um trabalho tão desafiador e necessário.

Porém, acredito que o que deu esteio para topar este desafio foram minhas raízes “mentaleiras”. É a partir delas que eu me localizo, me oriento e também milito. E por aí são muitas e muitos companheiras/os de trajeto. Suely, Kelly, Anita, Letícia, Sany, grandes parceiras que ficaram amigas depois de minha passagem por Niterói no CAPS Herbert de Souza e na Residência Terapêutica. Indispensáveis na minha formação clínica e no meu “saber-fazer”.

Me ensinaram a ver beleza e riqueza num cotidiano duro de CAPS e a encarar as situações mais escabrosas como desafios instigantes e possíveis. Quase tudo eu aprendi com elas, principalmente a inventar!

Com minha equipe do Programa de Saúde Mental de Rio das Ostras, dividi os últimos quatorze anos da minha vida. Construimos muita coisa na insistência e na resistência. Levantamos um CAPS, acompanhamos trajetórias de vida e de morte no Hospital Colônia de Rio Bonito até a implantação da Residência Terapêutica, lutamos uma assistência mais digna e humana de atenção à crise. Atravessamos diversas crises também.

Mas, nas idas e vindas das estradas da vida, criei com alguns um laço de afeto que acalenta e acolhe. Geysa, Nariá, Fátima, Juliana e Flávio continuam fazendo parte das minhas melhores lembranças, junto com minhas *roomates* do sobrado da Rua Tijuca, Dani, Vê, Pelina, Luciana e Jo. Fizemos um lar daqueles com comidinha gostosa, bom papo na hora do jantar e onde uma cuida da outra. Joias que trouxe do trabalho para a vida.

Por falar em vida, como ter dois empregos e fazer mestrado sem contar com amigos compreensíveis, companheiros e torcedores? Quando eles são pais de amigos do seu filho, melhor ainda! Contar com essa rede me salvou muitas vezes.

Para minhas amigas Renata e Luciana, um agradecimento especial por terem lido a versão final do texto e terem contribuído com um olhar externo. Não confiaria este serviço a qualquer uma!

Por fim, todo mundo precisa de um porto seguro, de pessoas para dar um apoio incondicional. Tenho o privilégio de receber isso dos meus pais, Neli e Luis Henrique, da minha avó Benedicta, do Rodrigo e do Francisco. São meus pilares, minha casa, meus amores.

Termino essa viagem retornando ao ponto de partida – a UFRJ. Em meio ao mestrado sou aprovada no concurso e me torno servidora da Universidade, com muito orgulho. Uma grande transição, deslocamentos necessários e muita alegria por ter sido bem recebida e reconhecida.

RESUMO

CABRAL, Clarice Cezar. **Por uma transição compartilhada: narrativas autoetnográficas no encontro da atenção psicossocial com o processo transexualizador**. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019

Este estudo tem como objetivo conhecer as experiências narradas por pessoas que buscam acompanhamento em saúde visando a transição de gênero e refletir sobre a prática da pesquisadora como profissional da atenção psicossocial num ambulatório de disforia de gênero público e credenciado no Processo Transexualizador do SUS. Mais do que isso, pretende refletir e estabelecer conexões entre o modo de cuidado operado no campo da atenção psicossocial e a clínica no processo transexualizador do SUS supondo que possam surgir caminhos interessantes que levem em conta a experiência daqueles que buscam atendimento. Trata-se de uma pesquisa narrativa que se inspira na autoetnografia relacional para abordar o percurso de acompanhamento em saúde mental e visa conhecer a experiência subjetiva das pessoas atendidas pelo serviço ambulatorial para transição de gênero a partir de narrativas obtidas em entrevistas não estruturadas que foram transcritas, editadas e, posteriormente, reescritas de forma colaborativa entre participantes e pesquisadora. Pretende-se com isso, conhecer como cada sujeito conta a sua história e a maneira como se apresenta nas narrativas que relatam o processo de transição de gênero. Foi possível identificar através do estudo que escrever histórias pessoais de forma colaborativa pode ajudar a produzir sentidos novos para as experiências e a questionar histórias convencionais e normativas sobre a vivência transexual. Desta maneira, pretende-se contribuir para reduzir preconceitos, fomentar a responsabilidade pessoal e o protagonismo, dando visibilidade a histórias que possam contribuir com a produção e o compartilhamento de narrativas e alargar o universo da experiência.

Palavras chave: Atenção Psicossocial; Processo Transexualizador; Autoetnografia

ABSTRACT

CABRAL, Clarice Cezar. **For a shared transition: autoethnographic narratives in the encounter of psychosocial care and the transsexualization process.** Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019

This study aims to investigate the experiences narrated by people looking for health care when they want to change their gender as well as reflect on the practice of the researcher as a psychosocial care professional who works in a public outpatient clinic for gender dysphoria that is accredited in the SUS transsexualization process. More than that, it aims to reflect and establish connections between the kind of care offered in the area of knowledge of psychosocial care and the clinic in the SUS transsexualizing process. It is assumed that may emerge interesting paths that take into account the experience of those who seek care. This is a narrative research that is inspired by relational autoethnography to address the trajectory assistance in mental health and aims to know the subjective experience of the people assisted by the outpatient service for gender transition. These experiences were described from narratives obtained in unstructured interviews that were transcribed, edited and later, rewritten in a collaborative way between participants and researcher. This study intends to know how each subject tells its story and the way it is presented in the narratives that report the process of gender transition. It was possible to identify through the study that writing personal stories in a collaborative way can help to produce new meanings for the experiences and to question conventional and normative histories on the transsexual experience. In this way, it is intended to contribute to reduce prejudice, to promote personal responsibility and protagonism, giving visibility to stories that can contribute to the production and sharing of narratives and to value the universe of experience.

Key Words: Psychosocial Care; Transsexualization Process; Autoethnography

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos usuários do ambulatório-----	18
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1	14
Processo transexualizador e atenção psicossocial em diálogo	14
1.1. Apresentação do campo	14
1.2. Sobre o fenômeno da transexualidade, as apreensões discursivas em torno dele e suas consequências para a construção do cuidado no ambulatório	20
1.3. Produzindo encontros entre a atenção psicossocial e o processo transexualizador	26
1.3.1. Sobre o modo de cuidado na atenção psicossocial	26
1.3.2. Identidade Narrativa	33
CAPÍTULO 2	40
Metodologia	40
2.1. Porque Pesquisa Narrativa	40
2.2. Pesquisa Autoetnográfica	43
2.3. Procedimentos Metodológicos	48
2.4. Aspectos éticos	49
CAPÍTULO 3	51
Compartilhando Transições	51
A História de Daniellie – Recolhendo Testemunho	53
A História de Alessandra – Contornando Abismos	62
A História de Martim – Construindo Redes	70
CAPÍTULO 4	76
Considerações Finais	76
4.1. Aproximações	78
4.2. Pistas para o estabelecimento de um cuidado integral em saúde	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
Anexo I - Roteiro da entrevista	86
Anexo II - Termo de consentimento	87

INTRODUÇÃO

A primeira vez em que entrei num hospital psiquiátrico tinha quinze anos. Estava escolhendo minha profissão. Visitei uma enfermagem feminina infanto-juvenil do Hospital Pedro II, no Engenho de Dentro. Quando chegamos no pavilhão, a pessoa que me acompanhava pegou um molho de chaves. Senti medo e ela me acalmou dizendo que eu encontraria lá dentro adolescentes, assim como eu.

- "Então porque elas precisam ficar trancadas?", perguntei ao entrar.

Dez anos depois, visitei o mesmo lugar, mas como residente. Já se chamava Nise da Silveira e estava trilhando uma nova história. Sem chaves.

Não tenho muita clareza de como o encontro com aquelas meninas, aos quinze anos, determinou a minha escolha profissional. Lembro que senti medo e uma estranheza absurda misturados a uma curiosidade sobre aquelas vidas tão ininteligíveis para mim.

Daí seguiu-se a faculdade, a residência na Colônia Juliano Moreira e a paixão pela desinstitucionalização, que atravessou e marcou minha passagem pelos CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos ao longo de mais de dez anos. O que eu mais gostava de fazer era acompanhar transições de vidas asilares para vidas em liberdade. Nunca deixou de me emocionar ouvir histórias e encontrar saídas para vidas aparentemente mortificadas, segregadas, destituídas de desejo, “fora de possibilidades terapêuticas”.

Porque aquelas vidas não podiam ser vividas? Porque aquelas vozes não eram ouvidas? Porque era necessário fazer um esforço para enxergar humanidade naqueles corpos? Porque precisavam ficar trancados?

Apesar desta dissertação não ser sobre manicômios, este breve relato me permite encontrar no processo de transição o fio condutor daquilo que, na presente pesquisa, me conecta a um novo campo, a outras vidas e a outros corpos.

Em 2013, passei num concurso e fui lotada num hospital geral. Apesar de ter excelente relação com a equipe, não era afeita àquele trabalho. Alguns meses depois, recebi uma proposta de permuta para trabalhar na equipe do ambulatório de disforia de gênero do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE). Prontamente aceitei, sem ter ideia do que encontraria. Fui movida pela curiosidade e pelo desafio instigante do encontro clínico com algo que até então, não fazia parte do meu repertório em minha experiência profissional.

No entanto, sabia da minha tendência a não paralisar ou recuar diante do que é estranho e/ou ininteligível. Sabia que gostava de ouvir histórias, me deixar contaminar pela experiência do outro e acompanhar as soluções encontradas por cada um para estar na vida. Cheguei, então,

com muitas perguntas e muita vontade de aprender. Meu olhar e meu corpo, já um pouco automatizados e cronificados dos muitos anos de trabalho nos serviços de saúde mental, precisaram se abrir ao novo, se desconstruírem e se lançarem em uma nova jornada na companhia de novos viajantes.

Esta dissertação parte de algumas perguntas feitas ao chegar ao ambulatório e busca traçar o caminho percorrido por mim, como profissional da atenção psicossocial, para encontrar uma clínica naquele novo enquadre.

Ao ouvir os primeiros relatos e a ler os textos de constituição do campo, percebia que estava novamente diante de discursos silenciados, corpos segregados e violentados, formas de existência patologizadas. Pessoas que viviam uma segregação, não através do confinamento, mas na rua, em guetos, em espaços “subterrâneos” da cidade, na reclusão, na solidão. Vidas muito difíceis de serem vividas.

O Brasil lidera o ranking mundial de assassinatos de travestis e transexuais no mundo. Segundo dados da ANTRA, no ano de 2017 ocorreram 179 mortes de pessoas trans apontando para uma realidade cruel e imbricada com outros determinantes sociais que agravam este fato: a maioria das mortes está concentrada na região Nordeste e vitima mulheres trans jovens, negras e profissionais do sexo com assassinatos que ocorrem na rua e marcados por requintes de crueldade.

Além da violência descrita acima, também existe a violência da negação da cidadania, da exclusão provocada pelo preconceito, da perda dos laços afetivos sociais e familiares, da expulsão da escola e do trabalho e tantas outras. São violências que se expressam desde muito cedo e vividas cotidianamente em qualquer ambiente onde as pessoas circulam. Olhares, piadas, evitação do contato, diagnósticos, falta de reconhecimento.

Como dar lugar a esses corpos? Como incluir essas vivências como formas legítimas de existência? Qual cuidado em saúde mental se faz necessário?

Em 2013 o Ministério da Saúde estava lançando uma nova portaria para normatizar o Processo Transexualizador no SUS que previa a necessidade de uma equipe multiprofissional no serviço¹. As regulamentações do Conselho Federal de Medicina e da Portaria do Ministério da Saúde impõem a necessidade do acompanhamento em saúde mental por dois anos e a obtenção de um laudo para ter acesso a qualquer tipo de intervenção cirúrgica.

Enquanto isso, os debates acerca do papel desses profissionais envolviam direções diversas onde a patologização da experiência transexual tomava lugar cada vez mais central.

¹ Este assunto será desenvolvido no 1º capítulo da dissertação.

Caberia ao profissional de saúde mental da equipe atestar a veracidade ou não daquela experiência? Nosso papel seria confirmar um “diagnóstico” estanque, imutável, sem margem para arrependimentos ou mudanças? Seria descartar “comorbidades” que excluiriam as pessoas do acesso ao tratamento?

Minha trajetória na atenção psicossocial me levou a tentar traçar caminhos para uma atenção não prescritiva, sem pretensões diagnósticas do ponto de vista da transexualidade e a supor que a clínica no ambulatório também passa por construir, junto com usuários e sociedade, um lugar possível para existência de corpos e subjetividades que fogem do binarismo de gênero. Desta forma, as modificações corporais provocadas pelos hormônios e pelas cirurgias seriam mais uma ação dentre tantas outras. O reconhecimento social, seja através da retificação da identidade civil, da aceitação de família, do trabalho, do encontro com grupos de ativistas ou quaisquer outras formas de acolhimento da identidade afirmada pelo sujeito, é um campo fértil para produção de narrativas permitindo que se construa caminhos e experiências singulares. Além disso, permite que o sujeito tome para si o protagonismo sobre sua existência reivindicando um lugar social legítimo.

Observamos nos serviços de saúde mental um investimento intensivo na participação do usuário na construção de estratégias de cuidado bem como no projeto terapêutico do serviço. A inserção social a partir da construção de cidadania, autonomia e participação política dos usuários dos serviços de saúde mental é componente central da clínica da atenção psicossocial. Tais estratégias ainda são incipientes e pouco discutidas como parte importante do cuidado prestado nos serviços do processo transexualizador do SUS. Apesar de verificarmos uma forte atuação dos movimentos sociais para garantir esse espaço e a manutenção desses serviços, esta atuação é absorvida no cotidiano da clínica ainda de forma tímida. Um caminho em direção à atenção básica e ao cuidado no território talvez abra espaço para que novas práticas sejam incorporadas ao processo transexualizador que nasceu dentro de estruturas hospitalares e, talvez por isso, mais rígidas à participação de atores de fora e muito centrada nas intervenções médicas.

Neste trabalho, pretendo conhecer as experiências narradas pelos sujeitos e refletir sobre a minha prática no acompanhamento do processo de transição de gênero. Mais do que isso, pretendo refletir e estabelecer conexões entre o modo de cuidado operado no campo da atenção psicossocial e a clínica no processo transexualizador do SUS supondo que possam surgir caminhos interessantes na construção de uma clínica que leve em conta a experiência daqueles que buscam atendimento.

É importante considerar que o protagonismo sobre a existência é um aspecto pouco explorado nas discussões sobre o processo transexualizador. Praticamente toda discussão na esfera pública brasileira se formou entorno da patologização/despatologização. Ainda há pouca participação dos usuários na construção das estratégias de cuidado dentro dos serviços, perspectiva que possibilitaria aos profissionais refletirem sobre a sua prática e sobre a ajuda prestada.

No primeiro capítulo, apresento o campo de pesquisa e discuto sobre o contexto atual dos estudos de gênero com foco no atendimento à saúde da população trans. Também apresento alguns pressupostos norteadores do modo de fazer clínico do campo da atenção psicossocial que podem auxiliar a pensar o atendimento no Processo Transexualizador de forma mais integral e os desafios de se realizar uma pesquisa que respeite o modo de operar em saúde mental no que diz respeito à participação e protagonismo dos sujeitos que compõe o campo pesquisado.

No segundo capítulo, faço uma revisão sobre o estudo das narrativas apontando como elas podem auxiliar a acessar a construção da subjetividade de uma forma relacional, informando tanto sobre o sujeito quanto sobre o contexto social em que ele é formado. Apresento a autoetnografia relacional como um tipo de pesquisa narrativa que possibilita conhecer a experiência das pessoas no acompanhamento em saúde mental no ambulatório de disforia de gênero. Descrevo ainda o desenho da pesquisa e os aspectos éticos envolvidos.

No terceiro capítulo, apresento as narrativas produzidas nos encontros com os participantes da pesquisa e realizo reflexões a respeito do espaço de acolhimento e atendimento psicológico e a função do profissional neste processo.

CAPÍTULO 1

PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM DIÁLOGO

1.1 Apresentação do campo

Foi na década de 90, acompanhando os movimentos da Reforma Sanitária e a estruturação de políticas públicas de saúde para fazer frente à epidemia de HIV/AIDS no país, que as primeiras ações em saúde, no âmbito do SUS, se voltaram para a população transexual e travesti. Tais ações contribuíram para o fortalecimento do movimento de transexuais e travestis no Brasil que, começaram a participar dos espaços de construção de políticas públicas voltadas a esta população (TRINDADE, 2016).

Nesta época, no entanto, ainda não havia normatização no âmbito médico-jurídico ou relativo a políticas públicas de saúde acerca do tratamento voltado à transição de gênero. Tal fato não impediu que intervenções médico-cirúrgicas já fossem realizadas de forma clandestina, e sujeitas a sanções jurídicas e ético-disciplinares, desde a década de 70.

O cirurgião plástico Roberto Farina foi responsável pela primeira experiência cirúrgica de uma mulher transexual no ano de 1971. Neste momento, num contexto de ditadura militar e de falta de regulamentação jurídica sobre tal procedimento, o médico é denunciado pelo Ministério Público e recebe pena de prisão no ano de 1978.

Tal cenário transforma-se no final dos anos 90 quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) publica a primeira resolução acerca do tema, autorizando a título experimental, o tratamento médico-cirúrgico para pessoas transexuais. A Resolução CFM nº 1.482/97 estabelecia critérios para definição de *transexualismo* bem como para seleção de pacientes a serem operados.

Seguindo critérios apontados nos manuais diagnósticos e por organismos internacionais, como a Harry Benjamin Society, a resolução partia do pressuposto de que a transexualidade seria um transtorno mental cujo tratamento englobaria a correção do corpo para que este se adequasse ao gênero vivido pela pessoa. Para isso, seriam necessários dois anos de acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico para confirmação deste diagnóstico e encaminhamento para cirurgia.

No ano de 2002 (Resolução CFM nº 1.652/02) e 2010 (Resolução CFM nº 1955/10) as normas foram revistas, retirando-se, respectivamente, o caráter experimental da cirurgia de

neocolpovulvoplastia e dos procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, porém mantendo como experimental a neofaloplastia².

A publicação da primeira resolução do CFM em 1997, abriu o caminho para que muitos serviços, principalmente em hospitais públicos universitários, começassem a receber pessoas para realização de intervenções hormonais e cirúrgicas.

No âmbito do SUS a primeira normatização em relação ao processo transexualizador veio no ano de 2008 pela Portaria GM 1707/08. A inclusão destes procedimentos nas políticas de atenção à saúde foi impulsionada tanto pela crescente judicialização da demanda de regulamentação da inclusão e financiamento público para realização dos procedimentos médico-cirúrgicos bem como pelo aumento da participação social na formulação desta política junto ao Ministério da Saúde (LIONÇO, 2009).

Os anos anteriores à publicação da portaria foram marcados pela crescente participação de transexuais nos espaços de discussão para construção de políticas públicas. Muitas discussões foram realizadas no âmbito acadêmico, científico e das políticas públicas para população LGBTQI no Brasil que ajudaram na sistematização dos serviços públicos para assistência integral a transexuais nos campos da saúde e da justiça (ALMEIDA e MURTA, 2013). A ideia de nomear como “processo transexualizador” trouxe a perspectiva de integralidade em relação às ações de saúde voltadas a esta população, antes centradas apenas no custeio de procedimentos médico-cirúrgicos (LIONÇO, 2009).

O Processo Transexualizador do SUS consiste num conjunto de ações assistenciais para promoção da saúde de transexuais e travestis que pretendem realizar intervenções corporais visando o trânsito de gênero. Tal política implementada pelo Ministério da Saúde reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero como fatores intrínsecos à saúde, tornando o sofrimento e o sentimento de inadequação, causados pelo conflito entre sexo anatômico e identidade de gênero, aspectos que devem ser acolhidos e tratados pelo SUS.

A definição de normas e protocolos de cuidado pelo SUS permitiu o credenciamento e financiamento de serviços, principalmente hospitais universitários, que já realizavam o procedimento médico cirúrgico e formalizou a necessidade da constituição de uma equipe multidisciplinar que atuasse segundo as diretrizes norteadoras do SUS.

A Portaria 2.803/2013 significa um passo adiante nestas discussões. Ela redefine e amplia o acesso às travestis e aos homens trans, que passam também a ser alvo do cuidado no processo transexualizador, “não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de

² Neocolpovulvoplastia é a cirurgia de transgenitalização de alteração do fenótipo masculino para o feminino e Neofaloplastia é a cirurgia de transgenitalização de alteração do fenótipo feminino para o masculino.

transgenitalização e outras intervenções somáticas” (BRASIL, 2013 s/p). Além disso, enfatiza e exige a atenção em equipe multiprofissional com profissionais de saúde mental.

Neste sentido, a cirurgia torna-se parte do processo, numa tentativa de superar o viés patologizante e correccional ampliando para uma visão mais integral. Almeida e Murta (2013) enxergam a multiprofissionalidade como um caminho para materialização da atenção integral e não restrita a intervenções somáticas. Para os autores, a presença da equipe multiprofissional seria o reconhecimento da complexidade dos efeitos subjetivos e sociais das modificações corporais e da trajetória de vida da população trans antes, durante e após a transição de gênero. Dentre esses efeitos, estaria, por exemplo, a ruptura de laços familiares e sociais que ocorre com frequência ocasionando uma fraca rede de apoio emocional e econômica para muitas pessoas. Além disso, a baixa escolaridade, dificuldade de conseguir um emprego e de realizar ações cotidianas simples como fazer compras com cartão de crédito, apresentar documento para entrar numa casa de shows, frequentar uma academia de ginástica, ir à praia, por exemplo, são questões rotineiras na vida de muitas pessoas transexuais.

Evidencia-se assim uma barreira ainda a se ultrapassar em relação ao acesso à cidadania desta população que não pode ser invisibilizada e, por isso, tais questões não podem ser excluídas no atendimento prestado no processo transexualizador. Para Arán e Murta (2009), é necessário levar em consideração a situação de extrema vulnerabilidade física, psíquica e social com que muitos usuários chegam ao serviço de saúde para que se desenhe um cuidado para além do tratamento necessário e desejado, em direção à construção de uma rede de reconhecimento e inclusão social para estas pessoas.

No Estado do Rio de Janeiro, o atendimento à população transexual é atualmente prestado, na atenção especializada, pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ), ligado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pelo Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE). Embora haja esforços de alguns grupos para se constituir uma rede assistencial interligada e que dê conta da demanda de cuidado da população, muitos problemas são encontrados como, por exemplo, a falta de regulamentação para acesso a medicação, o fluxo de encaminhamento para realização de cirurgias plásticas e de transgenitalização, que no momento encontra-se interrompido, e a falta de interlocução entre os serviços. O acesso ao IEDE é regulado pela atenção básica, via Sistema Estadual de Regulação. Também se faz necessário estreitar o vínculo entre atenção básica e especializada.

O IEDE é um hospital estadual gerido atualmente pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FS), uma fundação pública de direito privado. É uma unidade de atendimento especializado em endocrinologia e metabologia com destaque para o tratamento de diabetes,

doenças da tireoide, alterações de crescimento, obesidade e transtornos alimentares. Atende pessoas que desejam ingressar no Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo acompanhamento clínico e hormonioterapia.

O atendimento à clientela transexual no hospital começou em 1999, após a publicação da resolução do CFM autorizando e regulamentando o tratamento, mas antes de qualquer normatização do SUS a respeito da organização da equipe ou do perfil dos usuários a serem atendidos.

Entretanto há registros de que, desde a década de 70, já existia a demanda para que profissionais do instituto realizassem perícias em pessoas que solicitavam a troca do nome e gênero. Eram encaminhamentos do Instituto Médico Legal para que fosse atestado o verdadeiro sexo genético (TRINDADE, 2016). Mesmo não sendo permitido, na época, a prescrição de hormônio ou cirurgia, os profissionais do Instituto começaram a ter contato com o drama vivido por aquelas pessoas, abrindo espaço para o acompanhamento multiprofissional e pesquisa, de forma pioneira (IDEM).

Desta forma, é importante salientar, que o trabalho realizado há décadas no Instituto se sustentou a partir do interesse da direção e de alguns profissionais antes da consolidação de políticas públicas para regulamentar o atendimento em saúde voltado às pessoas que desejavam realizar a transição de gênero. Por conta disto, ao longo do tempo, o trabalho já se organizou de formas diferentes e contou com a participação de diversos profissionais.

Somente em 2016, o hospital é credenciado pelo Ministério da Saúde como componente da Atenção Especializada na modalidade ambulatorial do Processo Transexualizador do SUS. Tal modalidade inclui o acompanhamento clínico, pré e pós-cirúrgico e hormonioterapia.

A organização atual da equipe atende aos requisitos da Portaria GM 2803/2013. É formada por 2 endocrinologistas, 1 psiquiatra, 1 assistente social, 2 psicólogos e 1 fonoaudióloga. Além disso, conta com o apoio de 1 clínico geral e 1 ginecologista que têm horários disponíveis para atender a clientela, quando necessário.

O IEDE não realiza a cirurgia de redesignação sexual³. Realiza tratamento hormonal pré e pós-cirúrgico, acompanhamento em saúde mental, em fonoaudiologia e serviço social. São realizadas orientações e encaminhamentos para outros setores de promoção de direitos, como os Centros de Cidadania LGBT, o Núcleo da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro que auxilia no processo de mudança do registro civil, entre outros.

³ No Estado do Rio de Janeiro o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) é o único credenciado pelo SUS para realizar cirurgias pelo Processo Transexualizador.

De acordo com levantamento interno realizado pela equipe do ambulatório, até fevereiro de 2019 estavam sendo acompanhados 392 pessoas. Deste total, 278 (71%) são mulheres transexuais e 114 (29%) homens transexuais. A grande maioria da clientela, 82% não realizou cirurgia de transgenitalização ou mamoplastia masculinizadora. Dos 22 homens transexuais que realizaram cirurgias, apenas 4 fizeram histerectomia além da mamoplastia e nenhum realizou a faloplastia. Não temos dados sobre outras intervenções cirúrgicas como próteses de silicone ou plásticas faciais, por exemplo. Também não há um levantamento estatístico acerca do local de realização das cirurgias, se público ou privado.

Tabela 1: Perfil dos pacientes atendidos no IEDE

AMBULATÓRIO DE DISFORIA DE GÊNERO	MULHERES TRANSEXUAIS	HOMENS TRANSEXUAIS	HOMENS E MULHERES TRANSEXUAIS
Sem cirurgia	230 (58,67%)	92 (23,47%)	322 (82,14%)
Com cirurgia	48 (12,25%)	22 (5,61%)	70 (17,86%)
Total	278 (70,92%)	114 (29,08%)	392 (100%)

A inserção no IEDE ocorre através de regulação das unidades básicas de saúde e clínicas da família, já que a atenção básica é a porta de entrada da rede. São 4 atendimentos de 1ª vez realizados por semana. A grande maioria é residente do Estado do Rio de Janeiro. O primeiro atendimento é realizado por endocrinologista que encaminha todos os usuários para as consultas de psiquiatria, psicologia, serviço social e, se for do interesse deles, fonoaudiologia. Consultas com outras especialidades ocorrem caso haja indicação médica avaliada na consulta com o endocrinologista.

Em respeito à determinação da Portaria 2803/2013 procuramos acompanhar cada pessoa que chega, nas consultas psicológicas e psiquiátricas, por pelo menos 2 anos. Tal acompanhamento procura ser singular, respeitando a necessidade, a demanda e o momento da transição de cada um, avaliados nas primeiras consultas com a psicologia e com a psiquiatria. Os atendimentos são sempre individuais e com frequência variável sempre negociada com a/o usuária/o. Isto porque, algumas pessoas já estão sendo acompanhadas por algum profissional de saúde mental na rede pública ou privada, outras não tem demanda para psicoterapia e muitos têm dificuldade financeira para chegarem no hospital com frequência.

A escolha pelo atendimento individual se dá em parte pela estrutura do ambulatório, que não possui salas com tamanho suficiente para o atendimento em grupo, em parte pela dinâmica de funcionamento atual da equipe. No entanto, sistematizamos encontros regulares das/os usuárias/os com toda equipe do ambulatório para discutirmos temas relacionados ao tratamento,

alguns deles com a presença de convidados externos. Observamos nestes encontros a importância da troca de informações e experiências, bem como o esclarecimento de dúvidas pertinentes aos temas discutidos, como: uso e efeito dos hormônios, técnicas de cirurgias, legislação e direitos, relacionamento com a família, etc.

Administro, junto com a assistente social, dois grupos de WhatsApp de mulheres trans e homens trans onde transmitimos informações relacionadas ao ambulatório, divulgamos assuntos de interesse, esclarecemos algumas dúvidas coletivas e mediamos a troca de informações e experiências entre os participantes. Este recurso tem sido fundamental para facilitar a comunicação entre usuárias/os e equipe e entre as/os usuárias/os.

Grande parte das pessoas que buscam atendimento no IEDE chega com a expectativa de iniciar o tratamento hormonal, visando a transformação corporal o mais rápido possível. A inclusão do atendimento psicológico e psiquiátrico nem sempre é bem recebida ou mesmo entendida. Há um receio de que ali serão avaliadas e passarão pelo crivo do especialista para terem acesso à cirurgia e vão às consultas para cumprir um protocolo e receber um laudo.

Do lado do profissional, muitas questões surgem em relação à obrigatoriedade do atendimento para obtenção do laudo. As normativas criadas para permitir o acesso ao tratamento têm inculcadas a noção patológica de transexualidade, sendo necessário atestar um diagnóstico, bem como excluir outros transtornos mentais que impediriam a realização das modificações corporais desejadas. Ao mesmo tempo em que é amarrada pela regulação biomédica, a constituição deste trabalho no SUS leva em conta uma noção de saúde mais ampla, não restrita à doença, mas ao bem-estar físico e mental, a integralidade do cuidado e a autonomia do usuário. O profissional de saúde mental, ao compor esta equipe, atua nesta tensão buscando um caminho possível para negociar com discursos tão distintos.

Podemos pensar que a noção de transexualidade conforme foi desenvolvida na atualidade, apresentou um “pacote” tanto para as pessoas que vivenciam esta experiência quanto para os profissionais inseridos neste contexto que envolve o fechamento de um diagnóstico e uma série de ações terapêuticas que precisam ocorrer a partir dele para garantir o bem-estar da pessoa transexual. Na prática, nem todas as experiências de não conformidade entre corpo e gênero se encaixam neste protocolo.

A construção da ideia de que é preciso identificar a(o) transexual verdadeira(o) como garantia de selecionar sujeitos que não se arrependem da transição de gênero ainda hoje influencia o percurso das pessoas que apresentam ao longo da vida alguma variabilidade de gênero e dos profissionais e serviços que oferecem acolhimento a esses sujeitos.

Porém, não podemos perder de vista que processo transexualizador é amplo, englobando percursos e interações que extrapolam a utilização de instrumentos biomédicos. Ele se inicia antes da chegada ao serviço de saúde com todo processo até a tomada de decisão e o uso de tecnologias mais leves como corte de cabelo, troca de vestuário, nomeação, etc. Configura-se como algo que antecede e sucede as instituições de saúde, sendo estas, lugares de passagem.

Neste sentido, é fundamental desenhar um modo de cuidado no ambulatório que inclua o sujeito e sua vivência, aproximando o serviço de saúde da vida e dos dilemas cotidianos que se apresentam na experiência de transição de gênero para cada um que nos procura. Para isso, é necessário sustentar um lugar de produção de narrativas singulares que podem se aproximar ou não daquelas produzidas pelos discursos oficiais e manuais diagnósticos, mas que costurem um projeto existencial possível para quem nos procura.

Para Borba (2014) esta seria uma forma de interagir com a classificação e abalá-la, mostrando que “(...) a transexualidade não passa de uma experiência identitária (como todas as outras) múltipla e fragmentada, produzida local e cumulativamente” (BORBA, 2014 p.92). Possibilitar interações nos dispositivos do processo transexualizador torna-se assim um grande desafio de modo a tornar possível o aparecimento de narrativas alternativas.

Proporcionar uma atenção integral a quem nos procura e acessar a diversidade de motivos que levam as pessoas a tomar a decisão por ingressar numa “transição acompanhada” são fundamentais para conhecer percursos, experiências e vivências na construção de uma identidade de gênero absolutamente singulares.

1.2 - Sobre o fenômeno da transexualidade, as apreensões discursivas em torno dele e suas consequências para a construção do cuidado no ambulatório

No campo dos estudos das transexualidades observam-se atualmente múltiplas perspectivas situadas no campo dos saberes biomédicos e de saberes que saem do biologicismo oferecendo novos discursos para o tema que fogem de uma visão centrada na patologia e na determinação exclusivamente biológica do fenômeno. A presença desses múltiplos olhares, saberes, discursos e vivências contribuem para a permanência de um debate rico e acirrado entre os atores que compõe o campo em seus diversos lugares de fala.

A experiência de trânsito entre os gêneros está presente em diferentes épocas e culturas com significados e aceitação social distintas, conforme o contexto histórico e cultural.

A apreensão deste tipo de vivência pelo saber médico remonta ao início do século XX como desdobramento de um movimento patologização da sexualidade ocorrido no século XIX. Tudo aquilo que desviasse do instinto sexual considerado normal, ou seja, dirigido ao sexo

oposto e com fins de reprodução, era considerado patológico (MURTA, 2007). Desta forma, a sexologia e a psiquiatria da época contribuíram para a produção de uma normatividade sexual e de uma psicopatologia que considerava anormal todos os casos que não se adequavam à norma, influenciando também “a organização da ideia de “identidade de gênero”, isto é, uma concepção de identidade sexual que supõe uma coerência entre sexo biológico, gênero e comportamento sexual” (MURTA, 2007 p.23).

Segundo Murta (2007) e Castel (2001) o surgimento do fenômeno transexual está mais associado às primeiras intervenções terapêuticas do que ao debate em torno do diagnóstico. Isto porque, com o avanço tecnológico no campo médico, tornou-se possível responder a demanda das pessoas que buscavam adequar o corpo ao gênero vivenciado por elas.

A primeira cirurgia para mudança de gênero tornada pública, realizada em 1952, abriu um debate sobre identidade sexual e categorias de gênero, bem como sobre as consequências deste procedimento. Ao mesmo tempo aumentou significativamente a demanda por este tipo de intervenção.

Além dos avanços em relação às técnicas cirúrgicas, houve descobertas importantes no campo da endocrinologia que permitiram entender o papel dos hormônios no comportamento sexual. A partir das elaborações do endocrinologista Harry Benjamin sobre a determinação biológica da discordância entre sexo físico e psicológico e sua defesa de uma terapêutica que adequasse o sexo físico ao psicológico, foi elaborada descrição e o tratamento da transexualidade conforme vemos nos dias de hoje (MURTA, 2013). Afastando-se da psiquiatria e da psicanálise, Harry Benjamin defendia a intervenção somática de adequação do corpo ao gênero, considerando a condição transexual refratária a qualquer intervenção psicoterapêutica (CASTEL, 2001).

A descrição proposta por Harry Benjamin, que culminou na categorização do transexualismo como transtorno psiquiátrico, definia como características principais deste quadro o sentimento de inadequação entre corpo e identidade de gênero, a repulsa em relação aos órgãos sexuais com desejo de submeter-se a cirurgia e a inexistência de atividade sexual que, caso houvesse, deveria ser minuciosamente examinada no intuito de verificar se haveria prazer genital (MURTA, 2013).

Os manuais diagnósticos começaram a incorporar o fenômeno na década de 80, quando o diagnóstico de transexualismo foi incluído na Classificação Internacional de Doenças CID. A experiência da transexualidade era, até a 10ª e última versão da CID, classificada no capítulo sobre “transtornos da identidade sexual” e o termo “transexualismo” era utilizado para descrever “um desejo de viver e ser aceito como membro do sexo oposto” (CID-10, 1993

p.210). Tal desejo viria acompanhado de um incômodo com o sexo anatômico e um desejo de “tornar seu corpo congruente com o sexo preferido” (idem).

Tal classificação sofreu uma revisão no ano de 2018, para sua 11ª. edição, que tanto eliminou o termo “transexualismo”, inadequado e há muito em desuso, quanto retirou a experiência da transexualidade do capítulo de transtornos mentais passando a configurar entre as “condições relativas à saúde sexual”.

Já o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM), em sua 5ª e mais recente edição, substituiu o termo *transtorno de identidade de gênero* por *disforia de gênero* focando como problema clínico não mais na identidade, mas no “sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa” (DSM-5, 2014 p. 451).

Para o diagnóstico de disforia de gênero, é necessário que a vida assuma perfis mais ou menos definidos ao longo do tempo. É necessário que uma pessoa demonstre que, por um longo tempo, queria viver a vida como sendo de outro gênero; também é necessário que essa pessoa prove que tem um plano prático e viável para viver a vida por um longo período sendo de outro gênero. O diagnóstico, dessa maneira, busca estabelecer que o gênero seja um fenômeno relativamente permanente.

Essas referências pautam até os dias de hoje as avaliações acerca do acesso ou não às cirurgias de transgenitalização e as práticas dos profissionais que atuam na área.

Atualmente, observamos um movimento crescente em torno da despatologização das identidades trans com forte influência dos movimentos sociais e apoiado por teóricos das ciências humanas que lançam um entendimento deste fenômeno como algo inerente às relações de gênero, concebendo a transexualidade como “uma experiência identitária caracterizada pelo conflito com as normas de gênero” (BENTO, 2008, p.16).

Bento e Pelúcio (2012) apontam que a patologização contribuiu para colocar a transexualidade como experiência catalogável, curável e passível de normalização. As autoras denunciam, desta forma, a predominância de alguns saberes científicos como resposta unificadora das vivências que desafiam as normas de gênero, tutelando corpos e subjetividades.

Múltiplas vozes têm se unido contra esta perspectiva. Atualmente, mais de 100 organizações e quatro redes internacionais na África, na Ásia, na Europa e na América do Norte e do Sul estão engajadas na campanha pela retirada da transexualidade do DSM e do CID. As mobilizações se organizam em torno de cinco pontos: 1) retirada do Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) do DSM-V e do CID-11; 2) retirada da menção de sexo dos documentos oficiais; 3) abolição dos tratamentos de normalização binária para pessoas intersexo; 4) livre

acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem a tutela psiquiátrica); e 5) luta contra a transfobia, propiciando a educação e a inserção social e laboral das pessoas transexuais.

Se, por um lado, o estabelecimento de um diagnóstico e uma terapêutica permitiu o acesso dessas pessoas às modificações corporais desejadas e viabilizou o reconhecimento social daqueles que passavam por esta experiência, por outro, criou-se uma “identidade transexual universal” que atualmente não comporta a diversidade de experiências em torno da transexualidade que existem (MURTA, 2013).

A campanha pelo fim do diagnóstico de gênero tem que enfrentar argumentos que utilizam como estratégia discursiva a diferença sexual dos corpos, entendida como natural, leia-se, normal e imutável. Por esse prisma, as identidades derivariam dessa base natural: o corpo. Desconsidera-se sua inserção nos processos históricos de classificação, significação e intervenção.

Para Almeida e Murta (2013), “o conceito de dois sexos distintos e opostos, no qual cada um possui uma *psique* característica e em que o comportamento está vinculado à genitália, não é uma percepção que “sempre esteve presente na sociedade”, mas algo construído historicamente e socialmente para manutenção de determinada ordem econômica, política e cultural” (p.382). Se esta associação entre comportamento e genitália serviu como argumento para que os saberes biomédicos tradicionalmente utilizassem a identidade de gênero como categoria diagnóstica, saberes produzidos no campo das ciências humanas e sociais têm se aprofundado em experiências e narrativas de pessoas trans para subverter e questionar as normas de gênero que regem nosso cotidiano.

Butler problematiza a utilização do diagnóstico como referência para a vivência de trânsito de gêneros. Para a autora, poderia se pensar no diagnóstico como uma “benção ambivalente” ou uma “maldição ambígua” (BUTLER, 2009, p.98). Se pensarmos a autonomia como modo de vida socialmente condicionado, podemos concluir que instrumentos, tais como o diagnóstico, podem possibilitar ações, mas também podem gerar restrições e, muitas vezes, podem funcionar tanto de uma maneira quanto de outra.

A Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero (WPATH) emitiu declaração onde afirma que “a expressão das características de gênero, incluindo as identidades que não estão associadas de maneira estereotipada com o sexo atribuído ao nascer, é um fenômeno humano comum e culturalmente diverso que não deve ser julgado como inerentemente patológico ou negativo” (WPATH, 2012, p.4-5).

Tais perspectivas se apoiam nos estudos gênero que vem questionando o pressuposto de que sexo e gênero pertencem a domínios distintos de natureza e cultura. O conceito de gênero

como construção social do sexo anatômico vem sofrendo críticas, pois se apoia na ideia de que natureza e cultura estejam em campos opostos. Segundo Bento (2014) a perspectiva teórica proposta pelos estudos *queer* desconstrói a noção de corpo como natureza, anterior à cultura. A autora argumenta que existem tecnologias de gênero que incidem sobre o corpo para fabricar corpos masculinos e femininos. A experiência transexual denunciaria uma falha nesta ideia essencialista do corpo e na associação natural de masculino e feminino com a genitália.

O caráter material e natural do corpo é entendido como uma construção cultural discursiva e histórica. Ou seja, os corpos ganham sentido socialmente. Gênero, para Butler, não seria a expressão de uma identidade central, uma verdade interior, mas uma identidade intimamente ligada à ideia de desempenho, que por sua vez, constituem o significado, socialmente construído, da identidade masculina e feminina (DAS, V. 2016). São atos repetidos ocorridos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida que moldam o que entendemos como masculino e feminino e produzem a aparência de uma substância, de uma forma natural de ser.

No entanto, esta ação reiterada nunca é perfeita, os corpos não se conformam completamente às normas impostas e por isso essas normas precisam ser constantemente colocadas e reconhecidas em sua autoridade (LOURO, 2001). Segundo Louro (2001), “as normas regulatórias do sexo têm, portanto, um caráter performativo, isto é, têm um poder continuado e repetido de produzir aquilo que nomeiam e, sendo assim, elas repetem e reiteram, constantemente, as normas dos gêneros na ótica heterossexual” (p.548).

No entanto, ressalta a autora, embora as normas sejam constantemente reiteradas elas, paradoxalmente, abrem espaço para o surgimento de corpos que não se encaixam e ocupam o lugar do abjeto. O abjeto seria aquilo que escapa da norma, aquele que ocupa o exterior e por isso seriam indispensáveis socialmente, uma vez que fornecem uma fronteira, um limite para aqueles corpos que materializam a norma (LOURO, 2001). A palavra *queer*, segundo Louro (2001) “é utilizada para se referir a diferença que não quer ser assimilada ou tolerada e, portanto, sua forma de ação é muito mais transgressiva e perturbadora” (p.546).

O lugar da exclusão, do abjeto, produz consequências concretas na vida das pessoas que carregam esta marca. Para Vergueiro (2016) é fundamental que façamos uma reflexão acerca da *reexistência*⁴ e dos processos de extermínio a que são submetidas as outras perspectivas de gênero externas à norma e que desestabilizam a naturalidade das performatividades cisgêneras e das certezas científicas diante das categorias binárias de homem e mulher.

⁴ Mantive a grafia da autora.

Desta forma, assistência e o suporte de uma comunidade são fundamentais quando se está enfrentando o processo de transição. A relação entre identidade de gênero e saúde mental precisa ser amplamente discutida, ressaltando a importância de assunção para cada sujeito de uma identidade de si onde se reconheça, que lhe permita viver e conquistar autonomia.

O que venho observando na prática e no cotidiano dos atendimentos é que as pessoas que procuram o ambulatório chegam com demandas diversas. A demanda por cirurgia de transgenitalização se repete com certa frequência nos discursos, mas está associada a outras necessidades como retificação do registro civil, inserção no trabalho, melhor relacionamento com a família, aceitação social, modificação da voz, eliminação dos pelos do rosto, crescimento dos seios, dentre outras. Ainda que existam formas diversas de se transitar entre os gêneros, as modificações corporais são colocadas como um aspecto importante, e muitas vezes urgente. Não basta sentir-se homem ou mulher, é preciso que sejam reconhecidos como tal, que haja sinais em seus corpos que visibilizem o gênero ao qual dizem pertencer.

Segundo Almeida e Murta (2013) as concepções de gênero das pessoas trans não são muito diferentes das do senso comum. Pessoas trans também podem buscar uma equivalência entre sexo e gênero, sendo a expressão do corpo o critério mais importante na definição do gênero. Por isso é comum que se representem como pessoas nascidas no corpo errado e a harmonia entre corpo e gênero é buscada através da modificação corporal.

Muitas usuárias atribuem à cirurgia de transgenitalização o único caminho possível para se tornarem “mulheres de verdade”, ainda que já vivam e sejam reconhecidas socialmente no gênero que atribuem para si: *“Não é psicólogo que pode resolver meu problema, é só o cirurgião”*; *“Se eu fosse mulher de verdade não passaria por isso”*. Bento (2014) observou que para muitos, o tratamento hormonal já é suficiente para garantir o sentido de identidade. Já Arán e Murta (2009) ressaltam que é preciso contextualizar a opção pela modificação corporal, pois a cirurgia pode também significar uma forma de ser reconhecido socialmente num mundo onde a diversidade de gênero ainda não tem lugar.

Muitas vezes a necessidade de aproximação de um ideal de homem ou mulher, causa grande sofrimento. Bento (2014) é precisa ao colocar que *“as idealizações de gênero são lugares inabitáveis, vazios de corpos, plenos de dor e frustrações”* (p.113). A possibilidade de haver um lugar de escuta e um acompanhamento em saúde mental para quem deseja pode ser fundamental para enfrentar os desafios advindos desta experiência. Para Bento (2008), *“a transexualidade é uma experiência identitária que está relacionada à capacidade dos sujeitos construírem novos sentidos para os masculinos e os femininos”* (p.22-23). Tal experiência é carregada de dor e angústia e de uma grande dificuldade de nomear os conflitos vividos.

Neste sentido, Almeida e Murta (2013) nos dão algumas diretrizes sobre quais estratégias integrais de cuidado são importantes no acompanhamento da clientela do processo transexualizador. Chamam atenção para a necessidade de articulação intersetorial, da atuação junto às famílias, escolas, trabalho e a formação de profissionais sobre o tema da transexualidade. O cuidado integral ao usuário inclui ainda considerarmos as singularidades e especificidades de cada caso na elaboração do projeto terapêutico, já que nem todos que nos procuram desejam e necessitam os mesmos procedimentos de cuidado (ARÁN e MURTA 2009).

Os autores apontam para a importância da multiprofissionalidade nas equipes responsáveis pelo processo transexualizador para que este não se restrinja às intervenções corporais e possa levar em conta outros fatores envolvidos na transição. A diversidade de saberes, quando compartilhados, enriquecem o trabalho. Porém, como chama atenção Yassui e Costa-Rosa (2008), a multiprofissionalidade não garante o diálogo e a troca de saberes. Muitas vezes, o que ocorre é a justaposição de disciplinas que continuam mantendo seus limites e fronteiras sem que haja relação ou cooperação entre elas, formando apenas um agrupamento de profissionais.

Desta forma, o desafio é fazer funcionar uma clínica assentada sobre princípios que esgarcem as fronteiras disciplinares, permitam o trânsito de conceitos e categorias e que possa se reinventar e recriar a cada novo desafio. Um serviço organizado em bases flexíveis quanto ao papel dos profissionais e suas práticas, adequando-se com plasticidade às demandas singulares.

Assim, acredito que o modo da atenção psicossocial tenha muito a contribuir neste sentido já que o campo da saúde mental vem tomando este desafio para si há algumas décadas.

1.3 Produzindo encontros entre a atenção psicossocial e o processo transexualizador

1.3.1 – Sobre o modo de cuidado na atenção psicossocial

Farei uma breve revisão sobre a constituição do campo da saúde mental de modo a situar como a articulação do sofrimento mental ao universo psicossocial põe em relevo algumas variáveis, que não costumam ser valorizadas na abordagem descritiva dos transtornos mentais e de seus aspectos psicopatológicos, e que dizem respeito ao contexto familiar, afetivo, social, econômico e cultural de um sujeito.

O movimento de Reforma Psiquiátrica deu origem a uma ampliação da clínica e ganhou força no Brasil no final da década de 70, acompanhando os movimentos de redemocratização

do país e de Reforma Sanitária. Envolvendo atores sociais de diversos campos teóricos, técnico-assistenciais, jurídicos, culturais, que começaram a questionar a iatrogenia do hospital psiquiátrico e das práticas em saúde mental centradas na exclusão e isolamento, um novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil foi ganhando corpo, embasando a organização de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e provocando mudanças significativas nas políticas públicas de saúde mental do país.

Costa-Rosa (2010) chama esse conjunto de transformações teórico-técnicas e político-ideológicas de modo psicossocial, que se contrapõe ao modo asilar ao produzir novas práticas nos campos teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. Ainda segundo o autor, o modo psicossocial se apoia em novos paradigmas no que diz respeito às concepções de saúde-doença-cura e os meios instrumentais para lidar com elas, às formas de organização dos dispositivos institucionais e de relação com a clientela e, por fim, os efeitos políticos e socioculturais de suas práticas.

Alguns movimentos internacionais de Reforma Psiquiátrica- particularmente a Psicoterapia Institucional Francesa e a Psiquiatria Democrática Italiana – influenciaram a experiência brasileira e inspiraram a estruturação de novos serviços e políticas no campo da saúde mental.

O corpo teórico da Psicoterapia Institucional Francesa contribuiu com um certo modo de operar a clínica na atenção psicossocial a partir da necessidade de transformação na instituição para que ela conseguisse exercer sua função terapêutica se constituindo como lugar de laço social para quem tem dificuldade em estabelecê-lo (TENÓRIO, 2001, VERTZMAN et al. 1992). Valia-se da ideia de que a instituição também precisava ser tratada para que se estabelecesse as condições ambientais necessárias para o desenvolvimento do trabalho cuja função central era o acolhimento (VERTZMAN et al. 1992).

No campo da atenção psicossocial, a forma de organização institucional deve exercer uma função facilitadora das práticas de atenção. Para isso, busca-se a desconstrução de uma estrutura de poder vertical, centralizado e estratificado, características do modo asilar de organização do trabalho, para instituir a horizontalização das relações de poder entre os trabalhadores e entre estes e os usuários (COSTA-ROSA, 2000). Neste sentido, reuniões de equipe regulares, assembleias de usuários, familiares e trabalhadores, conselhos gestores, são dispositivos frequentemente utilizados para operar no modelo da atenção psicossocial, onde o poder decisório é compartilhado por todos os atores que participam do cotidiano do serviço.

Além disso, a organização de associações de usuários, familiares, trabalhadores e outras formas de representação são estimuladas a participar ativamente de espaços de construção de

políticas públicas, como Conferências, Fóruns e Conselhos. Permitindo, assim a pluralidade de vozes, saberes e perspectivas na construção do campo.

Da psiquiatria democrática Italiana, a Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe não só a luta pelo fim dos manicômios, mas um questionamento da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão. A instituição negada por Basaglia não seria o hospital psiquiátrico, mas a doença mental, que reduz e aprisiona numa categoria diagnóstica um fenômeno complexo que é a existência (TENÓRIO, 2001). Para desconstruir esta ideia seria necessário inventar novas instituições que operassem no tecido social dando conta da relação das pessoas em sofrimento com o corpo social (IDEM).

Basaglia, sob a influência das ideias de Goffman e Foucault, faz duras críticas à distância estabelecida entre o saber psiquiátrico e a realidade da assistência psiquiátrica na Itália. Para ele, a psiquiatria “tende a fornecer justificativas teóricas e respostas práticas a uma realidade que a própria ciência tende a produzir” (BASAGLIA, 2005 p.8). Ao se afastar da experiência das pessoas com transtornos mentais, a psiquiatria estaria se ocupando de uma doença mental abstrata e, portanto, ideológica. Propõe, então, colocar a doença mental entre parêntese para que possamos nos voltar para as pessoas reais em suas experiências objetivas e subjetivas.

Observa-se neste ato o caminho em direção a um novo paradigma de compreensão dos transtornos mentais não apenas em relação ao tratamento, mas na inserção de modos não hegemônicos de funcionamento na sociedade.

A opção dos Basaglia foi uma rigorosa opção científica, que subverteu o vício, típico dos intelectuais, de arrogar-se o direito de falar em nome dos outros. Franco Basaglia pôs a doença mental entre parênteses a fim de dar voz, sem interpretar, e fazer emergir novos sujeitos no palco da história – os pacientes, os familiares, os não-especialistas. A relação terapêutica devia instaurar-se dentro de um espaço no qual toda resposta pré-fabricada e todo preconceito ficassem entre parênteses: somente assim seria possível ir ao encontro do doente num plano de liberdade (VENTURINI 2010, p. 18).

A proposta basagliana exige, assim, uma nova posição ética onde se torna central a transformação na relação entre indivíduo e sociedade, assim como a de saúde e doença (DIAS BARROS, 1994). Tomando como objeto a “existência-sofrimento”, busca-se a ampliação do campo de intervenção para a determinação ou determinações do problema em questão. Ou seja, ao procurar ir além da consideração do sofrimento psíquico como doença, busca-se novos recursos para lidar com a problemática muito além dos medicamentosos bem como criar intervenções que superem o modelo médico, visando a “experimentação de novas possibilidades de ser” (COSTA-ROSA, 2000 p.156). Envolvendo, assim, ações com diversas ramificações: moradia, trabalho, relações afetivas, lazer, etc.

Reler Basaglia e trazê-lo para esta discussão parece fazer sentido na medida em que suas ideias partem de seu encontro com a realidade da assistência e da experiência das pessoas, libertando o sofrimento psíquico da exclusão e se abrindo ao entendimento de modos singulares de existência.

Enquanto o modo asilar coloca ênfase na determinação orgânica do sofrimento e o indivíduo como centro do problema desconsiderando sua existência subjetiva, o modo psicossocial busca entender o sofrimento psíquico como parte da existência ampliando seu escopo de ações para considerar os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes (COSTA-ROSA, 2000).

A proposta da atenção psicossocial procura superar a intervenção medicamentosa como única solução para todas as queixas e sofrimentos operando num novo paradigma de compreensão do processo saúde-doença. Neste, são considerados os processos sociais complexos que atuam no processo e que demandam ações intersetoriais e transdisciplinares, bem como uma diversidade de dispositivos territorializados, situando a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva (YASSUI e COSTA-ROSA, 2008). A saúde seria concebida, neste modelo, como “estado geral decorrente do modo de se levar a vida em todos os aspectos: físicos, psíquicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais” (IDEM, p.30).

O sujeito passa a ser considerado como participante principal do tratamento e deve conseguir se reconhecer como agente implicado tanto no sofrimento como na possibilidade de mudança, assumindo assim o protagonismo sobre sua vida (COSTA-ROSA, 2000). E, além disso, que seja capaz de reconhecer fatores sociais implicados em seu sofrimento e que possa se engajar na produção de mudanças sociais. Inclui-se aí a mobilização das famílias e da sociedade civil para produção de novas respostas sociais ao sofrimento psíquico, colocando em pauta o direito das pessoas, sua cidadania para além das mudanças técnico-administrativas nos serviços (TENÓRIO, 2001 p.20).

Neste sentido, clínica e política se articulam ao se basearem no direito ao cuidado na comunidade e na necessidade de uma intervenção na cultura que inclua a possibilidade e a legitimidade da existência de subjetividades fora da norma. As noções de singularidade, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, protagonismo da/do usuária/o, autonomia e território são constituintes do trabalho no campo da atenção psicossocial e vêm construindo uma clínica eticamente engajada e ampliada.

Para isso, valorizam-se as formas singulares que o indivíduo constrói para se relacionar consigo e com o mundo, bem como incluem-se formas de intervenção na cultura para permitir um novo lugar social para expressão do sofrimento psíquico. O indivíduo é considerado em seu

contexto cultural e socioeconômico, o que amplia a leitura do processo saúde e doença e convida o sujeito a uma posição protagonista em seu tratamento.

Neste sentido, me parece um bom caminho incluir essa discussão na pauta dos serviços responsáveis pelo processo transexualizador já que remete a um outro olhar sobre a dimensão da patologia permitindo a inclusão de fatores que não podem ser negligenciados. Ao invés da pergunta girar em torno de saber se aquela pessoa diante de nós é trans ou não, precisamos ouvir o que a levou a estar ali, num determinado momento da vida diante de nós, que pedido ela nos faz e como ela lida com as soluções que encontrou para estar na vida. Além disso, quais os recursos que ela tem para lidar com seu sofrimento ou com as violências que a atingem, que suporte ela encontra em seu meio, quais são seus planos.

Esta postura, no entanto, deve permear as práticas institucionais como um todo, estruturando a assistência de modo a facilitar a existência de espaços de interlocução entre os técnicos e destes com a clientela. Para Costa-Rosa (2000) é “no espírito desta interlocução que é possível preconizar a colocação em cena, da subjetividade e das práticas de intersubjetividade horizontal” (p.161), fazendo com que a instituição também funcione como ponto de fala e de escuta da população.

O encontro entre profissionais e usuárias/os nos serviços de saúde mental é o principal recurso na construção do cuidado. A clínica da atenção psicossocial requer escuta ativa e disponibilidade dos profissionais para, junto dos usuários, construir um projeto terapêutico baseado na responsabilização compartilhada do cuidado, respeitando a autonomia de quem procura ajuda (JORGE et al., 2011).

Esta direção deve estar presente desde o primeiro contato do indivíduo com os serviços. Schmidt e Figueiredo (2009) apresentam a função do acolhimento como um dos eixos centrais da organização dos serviços no que diz respeito ao trabalho clínico. Para as autoras, o acolhimento funciona como a abertura de um jogo de xadrez, pois é a partir dele que se define toda sequência de atendimentos e o projeto terapêutico. Destacam ainda três dimensões do acolhimento: a postura humanizada ao receber e escutar a demanda daqueles que chegam, construindo uma relação de apoio e interesse mútuo; a dimensão técnica que se refere à utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuários; e a perspectiva da reorientação do serviço que se refere ao projeto organizacional e orienta o processo em equipe.

Organizar o acolhimento de modo a produzir encontros férteis entre usuárias/os e equipe é uma etapa fundamental. Toda instituição precisa exercer o acolhimento: da recepção ao laboratório, da triagem à clínica. É função da equipe técnica e da direção da instituição promover ações para que o acolhimento ocorra em todos os setores e por todos os profissionais

envolvidos no cotidiano institucional. Para a população trans, o preconceito e a violação de direitos constituem uma barreira de acesso frequente na maioria dos serviços de saúde. Neste sentido, é preciso que o acolhimento, o respeito e a garantia de direitos operem também da porta do consultório para fora.

No âmbito da clínica, valorizar a experiência e o saber de quem nos procura e acreditar na capacidade de cada um de gerenciar sua vida e suas escolhas é fundamental para que estejamos atentos aos recursos utilizados por cada pessoa para lidar com seu sofrimento. Nem sempre uma pessoa que procura ajuda em saúde mental o faz porque acha que tem algum transtorno, mas sim, porque sente algum mal-estar na relação consigo e com o mundo.

É preciso acolher este mal-estar ao invés de tentar encaixá-lo em categorias diagnósticas e protocolos terapêuticos. Considerar que sofrimento psíquico é algo que pode ser experimentado por qualquer pessoa em qualquer momento da vida, sendo importante compreender de que forma ela se relaciona com o seu sofrimento e, acima de tudo, que se sintam acolhidas e respeitadas, mesmo que suas vivências não sejam passíveis de serem compartilhadas (LEAL e MUÑOZ, 2014).

Entende-se assim a dimensão patológica como a expressão de uma dificuldade de adaptação ao meio por não conseguir criar novas formas de relação com o ambiente (LEAL e DELGADO, 2007). Levar em conta a particularidade com a qual os indivíduos se relacionam consigo e com o meio significa pensar a saúde de forma mais ampla e inclusiva.

No entanto, é possível nos depararmos com soluções muito singulares, fora da norma e do senso comum que podem ser vistas de forma negativa, causando estranheza e levando à ruptura, exclusão e isolamento. Assumir uma postura acolhedora e respeitosa inclui estar atendo à trajetória das pessoas e as soluções já encontradas por elas para lidar com o sofrimento, que devem ser valorizadas e, muitas vezes, compartilhadas com outros que ainda vivem o sofrimento de forma angustiante (LEAL e MUÑOZ, 2014).

Muitas vezes sentimentos de estranheza em relação ao corpo e ao gênero são precedidos por períodos de intenso sofrimento que ainda não consegue ser nomeado. Alguns relatos no ambulatório dão conta de que este período, onde algumas pessoas experimentam a sensação de ainda não saber o que está acontecendo, vem acompanhados de angústia, isolamento, ideações e/ou tentativas de suicídio. Chegar a um atendimento especializado costuma ocorrer depois de passadas algumas decisões e rupturas.

Neste sentido, a função do acolhimento é fundamental. Um acolhimento que seja capaz de aceitar incondicionalmente quem chega até o serviço e que esteja interessado em ouvir a história das pessoas sem tentar encaixá-las em protocolos de tratamento. Procurar entender qual relação

que se estabelece consigo e com o mundo e que estratégias utilizou para lidar com seus momentos de angústia e sofrimento é necessário para que se coloque o indivíduo numa posição de protagonista e capaz de desenvolver recursos de produção de sua identidade.

É necessário que os primeiros contatos sejam capazes de ir além das questões de gênero para que apareçam outros aspectos da vida dos indivíduos. É comum as pessoas chegarem contando suas histórias de forma protocolar, coladas em determinada posição e excluindo aspectos, passagens e até mesmo imagens, que ela repele. A ruptura do passado com o tempo presente, com a vida vivida em outro gênero, com amigos, família, precisa encontrar um espaço para ser descrita, narrada, costurada. Para Leal e Muñoz (2014, p.86) “o modo como uma experiência é descrita afeta também o modo como ela é vivida, ou seja, a descrição é também parte integrante e constitutiva da forma como se experimentam os acontecimentos”.

Manter uma postura de escuta compreensiva, ativa e interessada no outro, de forma que o estimule a falar de si e a incluir suas vivências numa narrativa que dê sentido a sua experiência, é profícuo para que o indivíduo se aproprie, tome as rédeas de sua trajetória e o protagonismo de sua vida (LEAL E MUÑOZ, 2014).

Tal movimento pode ocorrer de diversas formas, não apenas num modelo de psicoterapia individual. Encontros pontuais, intervenções em momentos de crise, participação em grupos ou mesmo uma oferta de escuta futura para quem ainda não se sente à vontade para conversar podem trazer efeitos importantes. Entendo que o acompanhamento de dois anos estipulado pela portaria do Ministério da Saúde pode se dar sob diversas configurações e que a forma como vai acontecer é sempre negociada nos primeiros encontros, podendo ser renegociada a qualquer momento.

Além disso, é preciso considerar que as pessoas estão na vida, circulando, pertencendo e interagindo com diversas redes onde ocorrem trocas de experiências. O suporte à transição muitas vezes não é encontrado apenas nas relações estabelecidas no hospital, mas em outras formas coletivas de sustentação que auxiliam o indivíduo a se localizar no mundo e em relação a si mesmo. Quando estas redes existem e são utilizadas de forma ativa e afetiva pelas pessoas em transição, podem produzir efeitos apaziguadores no sofrimento e abrir novas possibilidades de existência.

O acompanhamento em saúde mental precisa levar isso em consideração e estimular ações coletivas neste sentido onde um possa se enriquecer com a experiência do outro. Percebemos nos dias de atendimento o quanto os corredores do ambulatório ficam em ebulição e o que ocorre durante a espera, muitas vezes, vira assunto nos atendimentos. O acesso a outros pares, a troca de informações, o compartilhamento de vivências que ocorrem no corredor é um

recurso fundamental do acolhimento e da promoção de saúde num ambulatório que tem como modelo principal o atendimento individual.

Mesmo sem a intervenção direta da equipe nesses espaços, o que ocorre ali é resultado da organização de ações simples do trabalho como, por exemplo, estabelecer um dia em comum para os atendimentos e marcar consultas com mais de um profissional no mesmo dia. Uma vez uma usuária postou numa rede social seus encontros no corredor do ambulatório e disse que a melhor parte do tratamento era encontrar as pessoas no corredor do ambulatório.

Equipes multiprofissionais que estejam atentas a estes movimentos, que funcionem de maneira articulada, compartilhando práticas e saberes podem desenvolver uma atenção em saúde ampliada e integral, fazendo com que o serviço se torne um lugar habitável e promotor de encontros.

Neste sentido, ser bem acolhido pelas instituições, ter sua identidade legitimada no campo de direito e da cidadania, participar da construção de políticas através do engajamento em movimentos sociais ou não, buscar maior inserção no mercado de trabalho, etc., são aspectos fundamentais que não podem ser abandonados na construção desse cuidado.

Os pressupostos da atenção psicossocial podem estar a serviço de pensar um cuidado que inclua o respeito a formas plurais e singulares de inserção no mundo já que não opera a partir da norma, mas de uma normatividade possível para cada um. Busca-se um lugar social possível para formas singulares de existência, estimulando a cidadania e encontrando formas para que se possa falar em primeira pessoa.

1.3.2 – Identidade Narrativa

Vimos no item anterior que a clínica da atenção psicossocial envolve a atenção integral através de um trabalho transdisciplinar que considera a relação entre processos subjetivos e contexto histórico, temporal e territorial. Tal noção articula de forma permanente os campos individuais e coletivos visando uma intervenção na cultura que considere a dimensão subjetiva e singular das pessoas.

Neste sentido, podemos inferir que um serviço que se proponha a acompanhar pessoas em transição de gênero precise refletir sobre a forma como elas se constituem em um processo que envolve corpo, subjetividade, direitos, relações interpessoais e culturais.

A subjetividade se constitui em um contexto histórico, permeado de valores, símbolos e ideais, fazendo-se necessário recorrer a noções que nos ajudem a entender os impactos subjetivos envolvidos na transformação corporal das pessoas que nos procuram. É fundamental auxiliá-las a construir recursos subjetivos para lidar com um novo corpo, que nem sempre

corresponde ao corpo por elas fantasiado e que ajude a transformar suas condições de vida junto com a transição. A ideia de que o recurso à tecnologia seria resolutivo para alcançar a transformação almejada pode trazer efeitos deletérios se não for acompanhada de um suporte psicossocial que auxilie a quem transiciona a se situar novamente no mundo e em relação a si mesmo.

A constituição da identidade envolve um processo complexo pelo qual o sujeito se reconhece como si mesmo e como pessoa única, diferente das demais. Ele emerge em um caldo cultural que implica algo para além da experiência individual, a relação com o outro. A humanidade não se esgota na biologia do corpo, sendo produto de uma construção que se dá por meio da cultura e da linguagem.

Mas, por outro lado, a subjetividade é sempre encarnada, ou seja, a relação com o mundo só pode se dar a partir de e com o corpo. O fato de habitar um corpo permite que se experimente uma relação específica com o ambiente, determinando a constituição da vida psíquica (SERPA JR, 2011). O corpo é, ao mesmo tempo, lócus onde se experiencia o mundo e ao mesmo tempo fonte de pensamentos, sentimentos, sensações e emoções.

Mas o corpo também é significado pela cultura e por isso, constantemente alterado por ela (LOURO, 2000). Por isso ele tem papel fundamental na construção da identidade, mas não pode ser a referência única que a ancora. Apesar de ser muitas vezes tomado apenas no seu caráter biológico, orgânico, o corpo carrega marcas simbólicas e significados de seu tempo e da cultura onde está inserido. Ele não é tão evidente como pensamos, nem as identidades decorrem das “evidências” encontradas no corpo (LOURO, 2000).

Alguns elementos podem ser úteis para embasar a prática clínica com pessoas que passam pelo processo de transição, que envolve a dinâmica entre corpo, subjetividade e cultura, atrelando singular e coletivo no plano terapêutico e político. Trata-se, aqui, de partir das experiências pessoais como aquilo que nos informa sobre como os sujeitos atendidos no ambulatório constroem sentido para suas vidas e as transformações em seus corpos no contexto em que estão inseridos.

A prática narrativa pode auxiliar a alinhar as diferentes dimensões envolvidas no processo de construção de identidade. Mas, como mostra Serpa Jr. (2011) recorrendo a Ricoeur, a narrativa não se dá sem o corpo: “a corporificação estrutura a experiência e a cognição enquanto uma perspectiva interna contínua no tempo, servindo como fundamento para a produção da narrativa” (p.4681).

O corpo funciona assim como o elo existencial primário entre o self e o mundo. Sem o corpo vivido, o self não poderia se inscrever e nem ser afetado pelo mundo e permaneceria

como uma entidade separada do mundo (STANGHELLINI e ROSFORT, 2013). Para os autores, é no corpo que sentimos nossas experiências mais íntimas, ao mesmo tempo em que ele é o órgão por meio do qual nos envolvemos com o mundo.

O corpo vivido é o corpo da primeira pessoa, o meu corpo, onde experimento o mundo e onde a cultura se inscreve. É o terreno da singularidade pura, sem significação. Para dar significação à experiência é preciso que eu entre no campo da comunicação, de interseção com o outro. Através do movimento de reflexão e inserção numa comunidade linguística vou conseguindo reconhecer, nomear, descrever e comunicar as experiências (SERPA JR. 2011).

No entanto, há algo da experiência que escapa ou excede às possibilidades de descrição e comunicação disponíveis. Na experiência de não conformidade de gênero, por exemplo, os relatos dão conta de uma dificuldade muito grande em nomear algumas vivências e muitas vezes, antes de conseguir dar significado a elas, nomeá-las, é comum expressá-las no corpo, se machucando, ou ainda recorrendo a outras formas de identificação provisórias que não dão conta de sustentar a vivência corporal. Entretanto, recorrer à narrativa para descrever e expressar a experiência, também permite que ela se modifique e seja ressignificada cognitivamente e afetivamente.

Segundo Bruner (1991), a narrativa serve para transmitir uma experiência, mas também para ressignificá-la na medida em que opera como um instrumento de construção de realidade. Para o autor, a narrativa é a forma privilegiada pela qual “organizamos nossa experiência e nossa memória de acontecimentos humanos” (BRUNER, 1991 p.4), sendo por isso um meio profícuo de acessar a forma como o sujeito vivencia sua experiência (LEAL e SERPA JUNIOR, 2013).

Para Stanghellini e Rosfort (2013) nossa identidade se constrói como uma identidade narrativa que deriva da relação entre aquilo que somos e os encontros com o outro que estabelecemos ao longo da vida. Ou seja, a identidade narrativa é a narração de uma vida indicando o contexto das ações e situações a partir do qual podemos identificar uma pessoa (LISBOA, 2013).

A partir da teoria de Ricoeur, Stanghellini e Rosfort (2013) mostram que o ser humano não é simplesmente um self autônomo, caracterizado por um senso de agenciamento voluntário e apropriação da experiência subjetiva. Ele se constitui também por um sentimento de alteridade heterogênea que condiciona e perturba o esforço voluntário de se afirmar como um self. A alteridade se manifesta por meio da história, sociedade, cultura e instituições, o que requer uma interpretação contínua de modo a serem assimiladas e apropriadas pelo self como mundo humano.

A identidade narrativa dá conta da tensão que nos constitui a todos nós, o fato de que somos ao mesmo tempo natureza (corpo, anatomia, eventos involuntários que nos acometem) e cultura, vida psíquica, representação e identidade. A identidade narrativa seria essa negociação, ou seja, algo que permite sintetizar o que é heterogêneo, discordante. A mediação simbólica permite que a alteridade seja incorporada pela linguagem e que uma identidade narrativa possa advir.

Além disso, a linguagem funciona como ponto de articulação dos dois polos de permanência do self no tempo: mesmidade e ipseidade. A ipseidade nos fornece a experiência de que nossa existência é única em meio a outras experiências e a mesmidade (idem) nos garante a unidade no tempo apesar das mudanças que sofremos, fazendo, por exemplo, com que o sujeito se reconheça como sendo o mesmo do nascimento até a morte.

A experiência de adoecimento, segundo Serpa Jr (2011), é um exemplo de algo que clama por narrativa. É algo que produz uma ruptura na história, na forma com a qual o sujeito se reconhece. Exige, assim, para além do conhecimento biomédico, a produção de sentido e o recurso a narrativas individuais e culturais.

A experiência de não se reconhecer em seu corpo e de não ser reconhecido pelo outro no gênero com o qual se identifica, leva a uma busca por realizar transformações corporais que possibilitem a construção de uma história onde o sujeito se reconheça. Para isso, é fundamental que esse processo seja acompanhado de uma construção narrativa que o sustente e que efetue uma nova articulação entre mesmidade e ipseidade.

Para algumas pessoas, apropriar-se da história anterior à transição é um dos momentos mais difíceis, e nem sempre é possível chegar a ele. Alguns vivem a transição como ruptura, como corte - “aquele de antes não era eu”, “aquele corpo não era meu”. São situações que na maioria das vezes causam muito sofrimento e até uma dificuldade de habitar o corpo, que pode permanecer, mesmo após as modificações.

As possibilidades para lidar com a experiência vivida estão intimamente ligadas à forma como elas se relacionam com o contexto onde se insere. Podemos dizer, por exemplo, que uma vivência de não conformidade de gênero quando compartilhada com uma rede acolhedora, em um ambiente onde o sujeito pode narrar suas experiências contribui para que ele elabore sentidos mais positivos e sentimentos apaziguadores em relação à experiência.

A prática narrativa aponta para a inexistência de um eu fixo e definitivo, mas como um elemento sempre em processo e em interação com outros e com a cultura. O sujeito da narrativa é

construído na e através da narrativa, em um processo aberto, sujeito a revisões e mudanças de rumo, que acompanha a trajetória de vida do sujeito no tempo, oferecendo um relato que dê conta de suas origens, seu desenvolvimento e destino. O que somos, nesta perspectiva, depende da estória contada por nós e pelos outros. (LEAL e SERPA JR. 2013).

Hall (2000) aponta para o caráter histórico da constituição das identidades e de mudanças sociais ocorridas a partir no final do século XX que geraram impacto na constituição das identidades pessoais causando o que ele chama de deslocamento ou descentração do sujeito ou ainda uma “crise de identidade”, uma “perda de um sentido de si” estável.

O Iluminismo inaugurou uma concepção essencialista e individualista de identidade, com a concepção de um sujeito autônomo, livre, senhor da razão, unificado. A ideia de autonomia vai sendo substituída pelo sujeito sociológico no século XIX com a noção de que o sujeito livre, onipotente na razão, senhor de si era uma idealização. Os seres humanos emergem na relação com os outros, no entrecruzamento de relações entre indivíduo e cultura. O sujeito sociológico, segundo Hall (2000), projeta a si mesmo nas identidades culturais ao mesmo tempo em que internaliza seus significados e valores. A identidade seria algo que ligaria, faria uma costura entre o sujeito e as estruturas sociais estabilizando “tanto os sujeitos quanto os mundos culturais que eles habitam, tornando ambos reciprocamente mais unificados e predizíveis” (HALL, 2000, p.12).

A partir da segunda metade do século XX, começa a prevalecer uma ideia de sujeito descentrado, sem uma identidade fixa, essencial ou permanente. A identidade seria definida historicamente podendo, o sujeito, assumir identidades distintas de acordo com o momento.

Nos anos sessenta intensificam-se os debates acerca das identidades e das práticas sociais e de gênero provocado principalmente pelo movimento feminista e pelo movimento de gays e lésbicas fazendo com que novas identidades sociais comecem a ter mais visibilidade (LOURO, 2000). Este movimento provoca o aparecimento de novas divisões sociais e o nascimento do que Hall (2000) chama de políticas de identidades. Pluralizam-se as possibilidades identitárias que interpelam os sujeitos em diferentes situações, instituições ou grupos sociais. Estes passam a ser atravessados por diversas possibilidades de reconhecimento e pertencimento a determinado grupo, ou a diversos grupos (LOURO, 2000).

A ideia de um sujeito em trânsito, dividido, cambiante e produtor do gênero e da sexualidade em seu corpo, mostra o quanto se faz necessário criar novos discursos acerca dos sexos e gêneros que não se restrinjam a heteronormatividade compulsória. A oferta de outras possibilidades identificatórias na cultura é fundamental para a construção da subjetividade trans, uma vez que aquilo que nos dá a ideia de uma identidade unificada do nascimento até a

morte seria o fato de construirmos uma história sobre nós mesmos, uma “narrativa do eu” (HALL, 2000).

Talvez algumas identidades tenham aparentemente um caráter mais fixo e constante a julgar pela centralidade que tomam no contexto histórico e social. Reconhecer-se numa identidade é apaziguador e seguro, nos confere um lugar no mundo e um sentido. Louro (2000) sugere que as identidades sexuais e de gênero cumpram esse papel, sendo mais difícil compreendê-las como fluidas e inconstantes.

Conforme diz Jeffrey Weeks (1995, p.89), podemos reconhecer, teoricamente, que nossos desejos e interesses individuais e nossos múltiplos pertencimentos sociais possam nos "empurrar" em várias direções; no entanto, nós "tememos a incerteza, o desconhecido, a ameaça de dissolução que implica não ter uma identidade fixa"; por isso, tentamos fixar uma identidade, afirmando que o que somos agora é o que, na verdade, sempre fomos. Precisamos de algo que dê um fundamento para nossas ações e, então, construímos nossas "narrativas pessoais", nossas biografias de uma forma que lhes garanta coerência. (LOURO, 2000 p.8)

A afirmação de uma identidade trans teve forte influência das auto-narrativas daqueles que passavam pela experiência de não conformidade de gênero numa sociedade onde as normas de gênero são rígidas e constrangedoras para quem possui uma vivência distinta. Transexuais usaram narrativas para construir e afirmar uma identidade, considerada por muitos como moralmente suspeita e menos real que as identidades de gênero convencionais. Mason-Schrock (1996) ressalta o trabalho nos grupos de apoio e em outros fóruns como fundamental para desviar o estigma imposto pelos códigos de identidade da cultura *mainstream*. É importante pensar que narrativas individuais podem estar exprimindo uma narrativa convencional. A narrativa não exprime assim somente singularidades, ela espelha uma historicidade, é o resultado do atravessamento de narrativas sobre o sujeito.

Ao pesquisar um grupo de pessoas transexuais nos Estados Unidos, Mason-Schrock (1996) verificou a influência das auto-narrativas produzidas pela comunidade trans nas auto-narrativas pessoais ao construírem uma ideia de um “verdadeiro eu” de gênero diferente ao designado pelo corpo. As histórias autobiográficas individuais recebem forte influência daquelas produzidas pela medicina e pela cultura trans. Segundo o autor, as interações grupais na comunidade trans e as narrativas identitárias que ali circulam fornecem estruturas de interpretação e recursos simbólicos necessários para as pessoas transexuais criarem e aprenderem formas narrativas que sustentam uma identidade que seus corpos físicos não podiam.

Benjamim (1987) mostra como o narrar está ligado à capacidade de intercambiar experiências e como o ser humano vem perdendo essa capacidade ao longo do tempo. Segundo

o autor, a narrativa está fortemente ligada à tradição oral na medida em que as histórias contadas eram aquelas vividas pelo narrador que eram recontadas por aqueles que a ouviam. Neste contar e recontar algo se acrescentava e se transformava incluindo elementos novos a partir da experiência daqueles que compartilhavam as histórias.

Por emergir da experiência, as narrativas evitam explicações. Elas são abertas à interpretação de quem as escuta, fazendo isso a partir de suas próprias experiências. Para Benjamin (1987), a narrativa não visa a transmissão de uma informação sobre coisa narrada, “mas mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirar dele” (p.205).

Desta forma, toda narrativa traz a marca do narrador, algo que seja próprio de sua vivência, que imprima um estilo e um modo de expressar a subjetividade. Para Benjamin, vivência e experiência conectam-se, a experiência sendo um conhecimento acumulado que precisa se desdobrar, se sedimentar e encontrar uma via de integração a uma comunidade em um dado momento.

O trabalho com narrativas requisita assim sensações, reações, vivências e estímulos, mas para transformá-las em experiências, ou seja, visando uma comunhão linguística e a vida coletiva. A alteridade é condição essencial, a formação de coletivos inclusivos e respeitosos é assim condição para que possam ser validadas experiências não convencionais.

Com isso, queremos frisar a importância de lançar uma lente sensível para experiências singulares, privilegiando a importância de memórias subterrâneas, ou seja, aquelas que encontram poucas possibilidades de aflorar e de encontrar lugar no social. É importante frisar que a construção de narrativas pode ser um importante instrumento na reconstrução da identidade, ordenando acontecimentos que balizaram uma existência. Através desse trabalho de reconstrução de si mesmo o indivíduo tende a definir seu lugar social e suas relações com os outros.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA

*Estou brincando há muito tempo de inventar, e sou a
mais bela invenção que conheço
Maura Lopes Cançado
Hospício é Deus p.149*

Esta pesquisa envolve a produção de um conhecimento em relação. Ao mesmo tempo em que me proponho a pensar sobre como as pessoas que procuram o ambulatório se utilizam do espaço de fala para produzir construções de gênero singulares, procuro refletir sobre o meu lugar de escuta a partir das narrativas produzidas neste encontro. Neste sentido, foi preciso trilhar um caminho que me permitisse acessar a experiência do outro e refletir sobre a minha.

Vimos no capítulo anterior a relação entre narrativa e experiência e a interação desta com o modo de operar a clínica na atenção psicossocial. Ao conceber um sujeito capaz de colocar-se em transformação na medida em que conta sua experiência, a narrativa coloca em destaque o plano relacional e abandona a ideia de um sujeito fixo e estável ao longo da vida. Além disso, o método narrativo leva em consideração o plano coletivo tecido nas histórias individuais dentro de uma temporalidade e um contexto social.

Além disso, trata-se aqui de uma pesquisadora inserida de forma ativa neste contexto e sem pretensões de neutralidade. Foi então necessário, encontrar um caminho metodológico que incluísse também o plano autorreflexivo.

A autoetnografia se mostrou como um método que proporcionaria este encontro entre pesquisadora e entrevistada(o) dando destaque ao plano relacional e autorreflexivo. Como método pouco utilizado em pesquisas, foi um desafio lidar com ele num primeiro momento.

Assim, iniciarei o capítulo situando um pouco o método narrativo para então trazer o método autoetnográfico e levantar alguns pontos que direcionaram nossa escolha por ele e os desafios encontrados.

2.1 – Porque pesquisa narrativa

O relato autobiográfico é um recurso privilegiado para acessar o encontro entre a vida íntima dos indivíduos e sua inscrição numa história social. Algumas abordagens de pesquisa que tomaram as histórias de vida como instrumento utilizaram o material produzido pelos relatos autobiográficos como fonte de dados e informações buscando um diálogo entre a vida

individual e o contexto social dentro de uma perspectiva realista em relação ao conteúdo produzido por tais relatos.

Muylaert et al (2014) ressalta o papel da entrevista narrativa como recurso para acessar a história de vida dos entrevistados em seu entrecruzamento com o contexto social. Tais histórias são contadas a alguém, a um interlocutor, fazendo com que haja importante característica colaborativa. Ou seja, o ouvinte participa da construção da história que é contada, uma vez que esta emerge do diálogo, da troca, da interação.

A pesquisa narrativa se volta para o ato de narrar como constituidor do sujeito. A narrativa é influenciada pelo presente, a partir dos eixos de significação do momento atual que estão dados na cultura, nas relações que o narrador vivencia, no contexto onde o narrador constrói seu quadro de significados. Ocorre sempre numa comunidade de sentido, mas também é um espaço de construção de si.

Na entrevista narrativa evoca-se a lembrança, a memória, aquilo que foi registrado e o que é real para o entrevistado e não o fato em si. São interpretações do mundo e por isso não sujeitas à comprovação pois expressam a experiência a partir de um ponto de vista num determinado tempo, espaço e contexto sócio histórico. Revelam experiências individuais e lançam luz sobre as identidades dos indivíduos e as imagens que têm de si mesmo. No entanto, tais experiências e imagens são constitutivas de determinado fenômeno histórico e social onde tais biografias se enraízam (MUYLAERT ET. AL, 2014)

Narrar seria um ato social, um ato linguístico e uma produção social. E também um ato de negociação de sentido na medida em que tais sentidos são construídos em relação com uma gama de autores e ouvintes. O discurso narrado pelo indivíduo instaura sempre um campo de renegociação e reinvenção identitária (CARVALHO, 2003).

Por ser uma forma de compreender a experiência, envolver a interação entre pesquisador e participantes num determinado tempo e contexto, a abordagem narrativa pareceu a mais adequada para acessar a experiência subjetiva de pessoas que estão em processo de transição de gênero e ao mesmo tempo levar em conta o meu papel como psicóloga neste processo.

A literatura médica que descreveu o fenômeno transexual (CID-10, 1993; DSM-5, 2014; CASTEL, 2001) criou um imaginário em torno de experiências que pautaram o discurso de pessoas que vivenciam a incongruência de gênero ao longo do tempo. Porém, novas formas de vivência e descrição desta experiência têm vindo à tona com os estudos mais recentes no campo das ciências sociais, fazendo emergir novos costumes e influenciando a cultura atual (BENTO, 2008, 2014; ALMEIDA E MURTA, 2013). Agregam-se a estas perspectivas o crescimento dos

movimentos sociais e o surgimento de ativistas que vêm contribuindo com o campo através da exposição de suas histórias pessoais contadas em primeira pessoa.

Nesta constelação de discursos, dizer-se “transexual” acena tanto a uma identidade pessoal, uma experiência subjetiva e singular, quanto a uma “categoria” social que confere um lugar para esses corpos na sociedade atual. É este ir e vir entre a vivência e a transmissão desta pelos indivíduos e os discursos produzidos coletivamente acerca do fenômeno no presente que nos interessa.

A narrativa não representa o sujeito, mas o produz. A versão do indivíduo sobre a construção de sua identidade revela de que forma ele aciona, combina, nega e reinventa os sentidos e significados acerca da transexualidade presentes na cultura (CARVALHO, 2003). Ajuda a responder à pergunta sobre a relação tecida pelo indivíduo entre os discursos oficiais e a construção de uma subjetividade singular que, por sua vez, reinventa a tradição.

Para Carvalho (2003), a identidade narrativa desvela uma construção de si que ocorre em relação com a sociedade e a historicidade através de negociações e trânsitos entre tais esferas que se constituem mutuamente. Não existe identidade, existem fluxos identitários, porque é processual. Se dá neste diálogo, nesta possibilidade de criar novos sentidos através da narrativa.

Como pesquisadora, e interlocutora, participo da construção das histórias contadas. Na perspectiva da ouvinte, a narrativa transmite algo que me afeta, que se conecta com minha experiência, abrindo para a possibilidade de diversas formas de interpretação. Segundo Muylaert et al (2014),

interpretação não no sentido lógico de analisar de fora, como observador neutro, mas interpretação que envolve a experiência do pesquisador e do pesquisado no momento da entrevista e as experiências anteriores de ambos, transcendendo-se assim o papel tradicional destinado a cada um deles (p.194).

Além disso, ao narrar a si mesmo, o indivíduo se comunica com outras vozes que compõe uma comunidade de sentido, ele se localiza frente a outras narrativas pertencendo a um contexto mais amplo. O campo das transgeneridades se configuraria como um campo social mais amplo onde são produzidos sentidos e identidades. Através dos depoimentos biográficos é possível observar como se tece a trama que o configura. Para Carvalho (2003), “os sujeitos sociais são ativos narradores ao mesmo tempo em que são narrados, isto é, são formados pelas estruturas narrativas dominantes de seu tempo, e particularmente dos campos de ação onde estão inseridos” (p. 296).

Minha posição diante daqueles que chegam ao ambulatório é de ouvir suas histórias e fazer perguntas. Ao narrarem suas histórias os sujeitos não informam sobre suas experiências,

contam o que vivem e têm a oportunidade de pensar algo que ainda não haviam pensado (BENJAMIM, 1987), reconstituir seus percursos de vida e atualizar suas experiências.

Segundo Bueno (2002), a biografia prioriza o papel do sujeito na sua formação através da apropriação de seu percurso de vida. Nesta relação de contar e ouvir é possível que se constituam novas subjetividades e novos olhares sobre o mundo em ambas as partes. Neste sentido, ao me colocar num “lugar de escuta”, pretendo partir das narrativas produzidas nesta relação com as pessoas ouvidas utilizando-as como fonte para construção de novos conhecimentos ao invés de “encaixar” seus discursos em análises preestabelecidas buscando a generalização de tais experiências (Bueno, 2002).

2.2 – Pesquisa autoetnográfica

Não conhecia a pesquisa autoetnográfica até ser apresentada a ela pela minha orientadora. Meu projeto de pesquisa foi construído a partir do meu desejo de entender a experiência do outro e pensar meu papel profissional no contexto do ambulatório. Diferente da grande maioria dos artigos e leituras sobre o tema com as quais eu tive contato, eu me propunha a falar de dentro da cena, refletindo sobre o meu processo de encontro com campo.

Quando minha orientadora falou sobre a autoetnografia e me apresentou alguns textos, achei que poderia ser uma forma bem mais interessante de contar as histórias que chegavam até a mim no ambulatório deixando o leitor também se contaminar com elas. A possibilidade de apresentar as narrativas produzidas pelos participantes ao invés de extratos clínicos escolhidos por mim para ilustrar e costurar com a teoria pareceu um caminho mais rico para ressaltar a força de cada história e fazê-las aparecer de modo o mais próximo possível da forma como eu as escutava. Queria que os leitores tivessem a oportunidade de ter contato com elas de forma direta e que pudessem, de alguma, forma, sentir o impacto que causavam em mim.

Por muitos anos estava distante do mundo acadêmico, muito mais próxima de um saber intrinsecamente ligado à prática, ao fazer cotidiano. O mestrado foi o momento de parar para refletir e produzir alguma narrativa que me ajudasse a dar sentido ao que eu estava fazendo e criando. Assim, encontrar uma forma de pesquisar e produzir conhecimento a partir da relação que eu estabelecia com as pessoas e com um novo campo de saber, me levou ao encontro da autoetnografia.

A autoetnografia é um método qualitativo de pesquisa que produz conhecimento complexo, diferenciado e específico sobre vidas e relacionamentos em particular ao invés de informações gerais acerca de um grupo (ADAMS, T.E, et al, 2015).

O termo autoetnografia vem sendo utilizado em estudos que incluem articulação de campos distintos como literatura, cultura e antropologia. É um termo que serve a tais estudos e borra as fronteiras marcadas entre a consciência de si, do outro e da escrita entendendo que a construção de si ocorre num diálogo entre múltiplas vozes e a escrita entra como parte desta construção na medida em que não reflete a realidade transparente como se supõe (VERSIANI, 2005).

Segundo Versiani (2005), o conceito de autoetnografia começa a ganhar relevo nos estudos literários e antropológicos por volta da década de 80 quando algumas perspectivas se voltam à questão do indivíduo e começam a discutir o papel da subjetividade do pesquisador na construção do texto etnográfico. Algo parecido também ocorre no campo literário, quando a contextualização histórica de determinada produção passa a ser enfatizada tanto quanto o autor e sua localização. Ou seja, quem diz, onde diz e como diz começa a importar na análise crítica das produções culturais. Observa-se ainda um interesse crescente em torno dos relatos biográficos e autobiográficos como depositários de questões que envolvem a construção de *selves* através da escrita e de como estes se constroem interativamente na relação com a cultura e a sociedade.

Contar histórias é uma forma de darmos sentido ao mundo e à nós mesmos. As histórias autoetnográficas seriam histórias do/sobre o eu contado através das lentes da cultura (ADAMS ET AL. 2015). Uma forma de demonstrar como conhecemos, nomeamos e interpretamos a experiência pessoal e cultural.

Neste contexto, a subjetividade daquele que produz conhecimento adquire uma importância decisiva no conhecimento produzido, tendo o termo autoetnografia sido criado para dar conta desta nova perspectiva (VERSIANI, 2005).

Ellis et al. (2015) também situam a década de 80 e a crise de confiança inspirada pelo pós-modernismo como contexto onde os achados científicos e as verdades começam a ser relacionadas com os paradigmas e vocabulários utilizados para representa-los. Cientistas começaram a perceber a impossibilidade de estabelecer narrativas universais e que as histórias tinham papel relevante para as pessoas darem sentido a si e aos outros. Os autores também chamam atenção para a necessidade de se resistir aos estudos colonialistas e assépticos onde grupos e culturas eram analisados a partir de um viés autoritário e violento.

Ao traçar um panorama acerca da criação do termo nos campos antropológico e literário, Versiani (2005) revela o quanto este surge ligado a estudos antropológicos de pesquisadores *insiders*, ou seja, antropólogos que se propõe a estudar sua própria cultura, falando em primeira pessoa e incluindo sua experiência pessoal para produção do conhecimento, ao invés de se

utilizar de uma postura objetiva, *outsider*. Um outro aspecto importante levantado pela autora em relação aos primeiros usos do termo, diz respeito a escrita de grupos minoritários sobre sua própria cultura com o intuito de serem lidos por grupos dominantes. Neste caso, seriam escritas de resistência que emergiam da relação entre colonizados e colonizadores, apresentando-se como discursos alternativos aos dominantes.

Abre-se espaço, então, para novas formas de produção científica aproximando as ciências sociais de outros campos como a literatura e a arte. Segundo Ellis et al (2015) muitos pesquisadores se voltaram para a autoetnografia para buscar respostas de como realizar investigação científica fora dos modos convencionais e que esta pudesse se tornar acessível, significativa e evocativa para os leitores. Baseando-se em experiências pessoais começaram a levantar questões de identidade política, vozes silenciadas e formas de representação que produzissem empatia nas pessoas com experiências diferentes.

Ao perceber que existem outras perspectivas viáveis de se ver o mundo fora do referencial branco, cisgênero, heterossexual, masculino, ocidental, passa-se a destacar o lugar do autor, de quem fala. A autoetnografia abre caminho para uma ampliação da visão sobre o mundo e das formas de produção de conhecimento, evitando definições rígidas sobre o que constitui uma investigação (ELLIS ET AL. 2015).

Versiani (2005) utiliza o pensamento de Andrea Huyssen para escrever sobre a importância de retomar as noções de autor e sujeito ao se pensar na ascensão de grupos minoritários. Para ela, ao de dissolver a noção de autor e sujeito, apaga-se a expressão política de novas subjetividades e minorias. Saber quem fala é fundamental num contexto onde certas subjetividades tentam fazer-se ouvir. Por isso a necessidade de fazer emergir o discurso dessas minorias num contexto concreto, “levando em conta a especificidade não apenas de quem fala, *mas também de quem ouve*, na tentativa de dar conta das estratégias de produção *e também de leitura* de textos elaborados por sujeitos específicos” (p.19, *grifos da autora*). Para a autora, o apagamento do sujeito produtor do conhecimento mostra suas limitações a partir do momento em que chegam à academia sujeitos que se autodefinem através do pertencimento a alguma minoria.

É o que nos mostra Vergueiro (2016) que escreveu sua dissertação autoetnográfica ao longo de seu processo de transição. Para a autora, a autoetnografia “como a construção de pontes, histórias, afetos, relatos que, se não apagam abismos, podem servir para a *reexistência* de relações mais profundas, críticas, e menos imersas em vergonhas, culpas, silêncios e normatividades” (p.230).

Abrir espaço para outros processos de subjetivação antes invisíveis pode dar lugar a modos de subjetivação complexos e singulares, “não mais entendidos como “de exclusão”, ou de produção de não-sujeitos, mas sim de constituição de subjetividades específicas, que ocorrem através dos processos de interação com outras subjetividades específicas” (VERSIANI, 2005, p.21). Para a autora, é fundamental criar estratégias de interlocução de subjetividades para deslocar o lugar de autoridade historicamente ocupado pelo pesquisador, passando para um processo de falar *com* o outro ao invés de *sobre* ou *pelo* outro.

Tal posicionamento levanta a questão sobre a posição ética do pesquisador diante dos participantes da pesquisa. Observar, tomar notas de campo, gravar, participar da vida das pessoas e de atividades da comunidade e depois escrever uma representação deste coletivo sem compartilhar tal representação com as pessoas envolvidas é colocado por Adams et al. (2015) como uma questão ética a se levar em consideração. Para os autores, esta forma de pesquisar além de tirar vantagem da história de grupos mais vulneráveis, desconsidera a história do pesquisador na relação com o grupo pesquisado bem como suas escolhas ao registra-lo e representa-lo.

No momento de iniciar as entrevistas me senti inibida pela sensação de estar invadindo a vida e a privacidade das pessoas ao convidá-las a participar da pesquisa. Gerou desconforto para mim o fato desse convite partir do contato estabelecido no ambulatório, após ouvir suas histórias numa relação terapêutica. Como tornar público o que é dito entre as quatro paredes do consultório? Como encontrar um caminho viável para respeitar a história do outro? Em meio a discussões e questionamentos acerca de lugares de fala, buscava uma forma de me autorizar a entrar na pesquisa.

A noção de lugar de fala abre a discussão acerca das condições estruturais que fazem com que certos grupos não tenham voz, não ganhem visibilidade e precisem da mediação do outro. O silenciamento de certos grupos começa a ser contestado, denunciando seu apagamento como um veto a que estes construam uma história, uma narrativa de si, que constituam uma filiação simbólica e que possam exercer sua existência. É a destruição deliberada do outro. Anulação daqueles que precisam ser mantidos subordinados.

Foi a partir desse tensionamento, levado muitas vezes como problema para meus encontros de orientação, que fui tentando encontrar caminhos para *falar com*, entendendo que isto acontece na medida em que conseguia refletir sobre o meu papel naqueles encontros. Ao me despertar para a necessidade de refletir sobre a minha dificuldade e minha participação ativa tanto na relação com os participantes quanto na construção das narrativas produzidas, fui ficando mais à vontade para fazer os convites e iniciar as entrevistas.

Tanto na esfera literária quanto na esfera antropológica, a perspectiva autoetnográfica toma como pressuposto o fato de que os objetos não possuem substancialidade em si, mas se apresentam a partir da mediação do olhar do outro, colocando o pesquisador na cena da pesquisa. Abre espaço, assim, para a necessidade de uma posição autorreflexiva do pesquisador.

Para Versiani (2005), o termo autoetnografia

tenta dar conta das dificuldades do pesquisador contemporâneo às voltas com a complexidade dos objetos que constrói, da percepção complexa e dinâmica que tem de sua própria subjetividade e daquela de seus interlocutores, e da própria relação que se estabelece entre a subjetividade complexa do produtor de conhecimento e a produção de objetos de estudo, teoria e saber. (p.16/17)

A pesquisa autoetnográfica também é um caminho profícuo para análise da experiência individual a fim de compreender a experiência cultural, desafiando as formas canônicas de se fazer pesquisa ao partir de uma fala em primeira pessoa, situando a investigação como ato político e socialmente engajado (ELLIS ET AL. 2015).

A autoetnografia relacional é uma abordagem qualitativa de pesquisa utilizada em situações que visam extrair relatos de experiência de vida de um participante a partir da construção de narrativas obtidas em conversas com o pesquisador. O contador de histórias e o ouvinte da história participam, na medida do possível, da construção da experiência e de seu significado (ADAMS, T.E et al 2015). Ellis e Rawicki (2013) destacam que a autoetnografia relacional permite que o pesquisador se aprofunde na experiência do outro e, ao mesmo tempo, reflita sobre sua experiência, efetuando um percurso de ir e vir entre participante e pesquisador e participante e contexto.

Este método permite que o pesquisador reflita sobre sua experiência em contraposição à história trazida pelo participante e, por essa razão, aplica-se a esta situação de pesquisa na qual a pesquisadora tem um envolvimento com os participantes – neste caso, profissional. O método possibilita que a pesquisadora reflita acerca de seu trabalho como profissional de saúde mental no contexto onde se dará a pesquisa. O processo de investigação se entrelaça desta forma ao processo de construção e transformação da experiência dos sujeitos envolvidos (pesquisadora e participante).

Os laços interpessoais entre pesquisadores e participantes se constituem como uma dimensão importante da investigação, sendo recomendado que o pesquisador consulte os participantes sobre o produto da pesquisa, “permitindo que possam dar respostas, e/ou reconhecer como se sentem acerca do que se escreve sobre eles e sobre a forma como foram representados no texto” (ELLIS, C; ADAMS, T.E.; BOCHNER, A.P., 2015, p.261).

Segundo Ellis et al. (2015), escrever histórias pessoais também pode ser terapêutico para os autores. Isto porque, escrevemos para dar sentido à nós mesmos e às nossas experiências além de possibilitar o questionamento de histórias canônicas que projetam sobre nós como devemos nos comportar ou agir. Isto também vale para os participantes e leitores da pesquisa que podem ser tocados pela experiência do outro, compartilhar experiências e promover trocas culturais.

2.3 Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa narrativa que se inspira na autoetnografia relacional para abordar o percurso de acompanhamento em saúde mental no ambulatório de disforia de gênero do IEDE e visa conhecer a experiência subjetiva das pessoas atendidas pelo serviço ambulatorial para transição de gênero. Observam-se poucos estudos acerca da experiência dos serviços destinados ao processo transexualizador no Brasil e a demanda de sua clientela.

A coleta das entrevistas e reescrita do material seguiu as recomendações metodológicas da autoetnografia relacional, em situações que visam extrair relatos de experiência de vida de um participante a partir da construção de narrativas obtidas em conversas com a pesquisadora.

A experiência subjetiva de pessoas que estão em processo de transição de gênero foram abordadas a partir de narrativas obtidas em entrevistas não estruturadas nas quais os entrevistados foram convidados a dar o seu depoimento pessoal acerca de sua história de desconforto com o gênero atribuído ao nascer, sobre a decisão em iniciar a transição de gênero e sobre sua experiência ao longo do processo de transição realizado no ambulatório. Pretendi com isso, conhecer como cada sujeito conta a sua história e a maneira como se apresenta nas narrativas que relatam o processo de transição de gênero.

De modo a nortear as entrevistas, construí um roteiro, visando à orientação da conversa e a abordagem de temas que estimulassem o relato, tais como: os motivos pelos quais as pessoas procuraram o serviço, o itinerário realizado para chegar ao ambulatório, expectativas em relação ao tratamento, ideias e representações acerca do corpo, gênero e identidade, bem como necessidades de saúde e dificuldades enfrentadas ao longo do acompanhamento.

O convite aos participantes levou em consideração: a relação estabelecida comigo ao longo do acompanhamento no ambulatório; as histórias e trajetórias de transição que traziam elementos não convencionais das descrições canônicas acerca da transição de gênero; o interesse em relatar suas histórias ou e refletir sobre a experiência vivenciada, ou seja, o desejo de falar de si e ser ouvida/o.

Escrever histórias pessoais de forma colaborativa pode ajudar a produzir sentidos novos para as experiências e a questionar histórias convencionais e normativas sobre a vivência transexual. Desta maneira, pretende-se contribuir para reduzir preconceitos, fomentar a responsabilidade pessoal e o protagonismo, dando visibilidade a histórias que contribuam para a criação de um acervo narrativo, que alargue o universo polifônico da experiência (ELLIS et al, 2015).

Minha pesquisa com pessoas trans que frequentam o ambulatório leva em conta minha experiência clínica como ouvinte desses relatos. Meu trabalho com e sobre os usuários do serviço foi construído e compartilhado com eles ao longo do processo de escrita. A ideia é contribuir para o conhecimento sobre a experiência de transição de gênero das pessoas que são atendidas no ambulatório, bem como o papel do profissional de saúde no processo. Todas as decisões sobre o que contar e como contar são tomadas com os participantes, bem como a escolha do nome usado nas narrativas. Construir histórias de forma colaborativa é uma tentativa de aproveitar nossas diferenças como uma maneira de escrever histórias mais ricas e complexas em vez de buscar um olhar único a partir de um ponto de vista (ELLIS et al, 2015).

2.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ e do Instituto de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE). Após a sua aprovação iniciaram-se as entrevistas.

Todas/os as/os participantes foram informadas/os sobre os objetivos do estudo, o sigilo das informações, bem como sobre a não obrigatoriedade da participação na pesquisa. Também foi explicitado que o participante poderia desistir a qualquer momento. Para aqueles que concordaram em participar da pesquisa, foi comunicado sobre a obrigatoriedade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo eles recebido a cópia do mesmo. O material está sendo mantido em local seguro e será destruído após cinco anos de realização da pesquisa.

As/Os participantes foram informadas/os sobre o fato de que, apesar da pesquisa não as/os beneficiar diretamente, poderá trazer benefícios indiretos por auxiliar a elucidar questões ligadas ao saber sobre a experiência da transexualidade e sobre o papel do profissional de saúde mental nas equipes multiprofissionais dos serviços que atendem a essa população.

As/Os participantes foram alertadas/os sobre a possibilidade de haver desconfortos e riscos decorrentes do estudo, pois eles são inerentes ao ato da entrevista. Poderia haver, por exemplo, mal-estar subjetivo por estar abordando temas delicados ligados ao gênero e à

sexualidade. Para reduzir o risco, a entrevista foi realizada, unicamente por mim, Clarice Cezar Cabral, psicóloga do ambulatório de disforia de gênero do IEDE, com o compromisso de estar sempre disponível para responder perguntas e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa, além de prestar assistência e apoio se necessário, oferecendo consultas extras ambulatoriais. Caso esta oferta não fosse suficiente para minimizar o mal-estar, ou se a/o entrevistada/o preferisse, poderia ser atendida/o pelo outro psicólogo do ambulatório.

Os riscos indiretos envolvidos nesse tipo de pesquisa dizem respeito à exposição do sujeito e de sua vida, ou seja, à perda de confidencialidade, que serão minimizados pela garantia de sigilo e anonimato, com o uso de pseudônimos e descaracterizados ao máximo, objetivando impedir a sua identificação, de acordo com a normas éticas da resolução 466 de 2012.

Ao longo do processo, as/os participantes da pesquisa, disseram que gostariam de usar o próprio nome nas narrativas. No entanto, as histórias narradas, por se tratarem de histórias pessoais, envolviam a participação de outras pessoas que já fizeram ou fazem parte da vida da/o participante e que não poderiam ser consultadas sobre a divulgação de suas histórias.

Ellis et al. (2015) ressalta a importância de se levar em conta uma ética relacional quando nos propomos a escrever autoetnografias. Isto quer dizer que devemos nos preocupar em mostrar aos participantes da pesquisa o produto do trabalho para que eles possam dizer como se sentem em relação ao que foi escrito, bem como colaborar com a escrita.

Por conta disso, decidi por alterar os nomes dos entrevistados bem como algumas características que pudessem identificar familiares e/ou outras pessoas que aparecem nos relatos.

CAPÍTULO 3

COMPARTILHANDO TRANSIÇÕES

Este capítulo conta a história de um compartilhamento que se realizou em dois tempos e que aparecem aqui sobrepostos: o percurso de acompanhamento de Daniellie, Alessandra e Martim no ambulatório e o processo de escrita que determinou a confecção do produto apresentado. As histórias situam e retraçam uma história *em relação*, onde também me faço narradora e personagem, dando a ver o que elas e ele escolheram dividir comigo, mas também a minha voz e as reverberações daquilo que ouvi, ao tentar retratar as transformações que essas experiências causaram em mim.

Realizei entrevistas com duas mulheres trans que foram acompanhadas em sessões individuais regulares ao longo de dois anos e com um homem trans recém ingressado no ambulatório. Foram três encontros com cada participante.

No primeiro fiz a entrevista áudio-gravada abordando os temas contidos no roteiro e outros que surgiram ao longo do encontro. A conversa foi transcrita e organizada, por mim, em um texto escrito que, num segundo tempo, foi reapresentado aos entrevistados.

A primeira versão do texto escrito apresentada aos participantes incluía a narrativa deles e algumas reflexões minhas a partir da nossa conversa e das minhas percepções ao longo do acompanhamento. Estabeleci um diálogo com o texto, apresentando algumas considerações, dúvidas e pontos de vista pessoais obtidos neste processo de escuta e escrita das histórias, a partir do qual também realizei uma autorreflexão.

No segundo encontro ao lermos juntos a versão escrita da narrativa deles e minha, estabelecemos uma conversa no sentido de validar o conteúdo do texto de forma que se sentissem representados, reescrevendo e aprofundando questões que julgassem pertinentes. Este encontro foi áudio-gravado apenas com o objetivo de me auxiliar na versão final da narrativa apresentada no terceiro e último encontro.

Ao compartilharmos nossas histórias conseguimos dialogar acerca de nossos pontos de vista na relação pesquisadora – entrevistado. Diálogo que nem sempre ocorre numa relação terapêutica, mas que foi fundamental para construir as histórias que serão contadas neste capítulo.

Martim, Daniellie e Alessandra cruzaram meu caminho em momentos diferentes de minha inserção no ambulatório e demandaram intervenções distintas.

Daniellie iniciou acompanhamento poucos meses após minha chegada ao ambulatório. Apesar de estar se estabelecendo no Rio de Janeiro, vinda do Sul, estava conseguindo se

organizar bem, trabalhava numa empresa estatal, não apresentava sinais de sofrimento mental nem demandava atendimento intensivo. Propus que nos encontrássemos cerca de uma vez ao mês para que pudesse acompanhar sua trajetória.

Depois do primeiro ano e das primeiras intervenções cirúrgicas, Daniellie pediu para espaçar mais os atendimentos e passamos para consultas trimestrais. Permaneceu assim por mais de dois anos por vontade sua. Quando a convidei a participar da pesquisa, ela já me encontrava de forma muito irregular. Vinha pontualmente para dar alguma notícia, próximo a datas festivas e após viagens, para trazer presentes para equipe.

Quando Alessandra chegou eu já estava no ambulatório há mais de dois anos. Estava em situação de extrema vulnerabilidade e, tanto na minha avaliação quanto na dela, necessitava de uma frequência maior de atendimentos. Vinha uma vez por semana e nos encontramos durante dois anos. O convite feito a ela ocorreu após uma consulta e as entrevistas foram realizadas em horários alternativos aos atendimentos.

Martim chegou pouco antes do meu desligamento do ambulatório. Tivemos apenas alguns encontros assim que ele iniciou seu acompanhamento. Em seu caso, as entrevistas fizeram parte de seu acolhimento.

A HISTÓRIA DE DANIELLIE RECOLHENDO TESTEMUNHO

Daniellie e o espelho

Com cerca de 40 anos de idade, natural do Paraná, Daniellie⁵ havia chegado há pouco tempo no Rio de Janeiro para assumir um cargo público.

Depois de trabalhar como engenheiro em diversas empresas privadas aqui no Brasil, casou-se e foi morar no Canadá com a esposa para estudar por algum tempo. A separação se deu um pouco depois de chegarem em terras estrangeiras e, a partir deste momento, Daniellie começou a experimentar novas possibilidades de se relacionar com seu corpo e com o gênero.

Em novembro de 2013 dá início aos seus atendimentos no ambulatório. Nosso primeiro contato foi durante um atendimento realizado em conjunto com a psiquiatra do serviço. Depois disso, iniciamos conversas individuais, a princípio com frequência mensal e depois trimestrais.

Nesta época havia 4 meses que eu chegara ao ambulatório. Já havia escutado algumas dezenas de relatos de pessoas transexuais que buscavam atendimento e já tinha lido bastante coisa sobre o assunto para me situar num campo que até então era novo para mim. Ainda assim, cada encontro provocava deslocamentos na forma como eu enxergava o mundo e descobri que não tinha muitas referências para ver o que estava diante de mim.

A história de Daniellie não era usual, não constava nas descrições canônicas sobre a experiência da transexualidade. Daniellie parecia transgredir a “norma” transexual descrita nos manuais. Desconstruía os rótulos em sua história ao mesmo tempo em que construía um corpo onde pudesse habitar daqui para frente. Como ela havia chegado a esta conclusão? O que a levou a mudar de rota neste momento da vida? Eram perguntas que eu me fazia naquele momento.

Em 2018, quatro anos e meio após o nosso primeiro encontro, faço o convite para a entrevista e que é, de pronto, aceito. No dia marcado, encontro Daniellie na sala de atendimento do ambulatório e ela começa a fazer falar sobre sua experiência de transição e de atendimento no serviço.

Um novo guarda roupa

⁵ Nome escolhido pela participante e pela pesquisadora no momento de retorno da entrevista. Daniellie foi o nome de uma personagem criada pela participante num roteiro de um filme escrito por ela, juntando o “Dani” com “ellie” que seria “ele” em italiano. Não encontrei referência sobre esta tradução do termo, mas foi a explicação dada por ela.

Minha mãe conta uma história de que na minha infância eu peguei os tamanquinhos de uma colega da escola, coloquei na minha lancheira e os levei para casa. Eu não guardo recordações deste fato, mas até hoje é lembrado por minha mãe.

Minha adolescência foi normal. Eu sempre gostei de mulheres, da forma, de tudo ao redor delas. Elas sempre me atraíram. Os menininhos só serviam para brincar, jogar futebol, vídeo game. Nunca houve algo mais com relação aos meninos. Chegou a adolescência, a fase dos namoros, enfim, o pacote completo da juventude. Sempre no padrão masculino: mostre-se o melhor, desça do cavalo, conquiste a mocinha, mate o dragão, viva feliz por algum tempo, perca a mocinha e reinicie o processo inteiro com uma nova mocinha.

Aos 27 anos casei-me. Ficamos juntos por cinco anos. Nada de transexualidade se manifestou durante o casamento. A única coisa diferente que fazia era que eu gostava de vê-la de salto alto, produzida. Eu constantemente a presenteava com itens que eu gostaria que ela vestisse/usasse. Confesso que nem sempre eram itens que ela gostava. Ainda inconsciente de minhas próprias vontades, eu achava excitante vê-la toda adornada. Talvez o meu lado feminino jamais tivesse se manifestado se eu continuasse a ver/ter tudo aquilo.

Quando fomos para Toronto, a estudo, acabamos alugando algo na comunidade gay sem saber. Seis meses depois ela decidiu voltar ao Brasil. O casamento acabou em comum acordo e eu permaneci lá, estudando. No início, o público gay me assustava, porque no Brasil eu nunca tinha tido contato com eles, mas o receio/medo/preconceito foi gradualmente desaparecendo. A constante interação os havia transformado em amigos e colegas. Estando no Canadá, em outra realidade, o processo foi o mais natural possível e, junto deles, anos se passaram.

Ainda sobre o casamento: ele já não era o mesmo havia anos. Minha parceira deixou de se produzir, de vestir o que eu gostava e isso passou a me incomodar. Idem ao sexo. Antes de partir ela disse: “a mulher que você procura, não existe”.

Cinco anos dentro deste relacionamento deixou-me disforme, em péssima forma física. Fiz dieta e exercícios e consegui voltar a minha forma original (masculina). Foi quando acabei sendo travestido por um grupo de amigos. E na hora que vi o meu reflexo, falei: “Nossa! Não sabia que eu podia ficar assim!”; “Ah! Eu preciso fazer isso mais vezes”. Gostei da atenção que recebi e principalmente da imagem refletida pelos espelhos. Eu chego a pensar até que eu não gostava muito da minha imagem (masculina). E (tra)vestir-se acabou se tornando um (bom) vício e melhorando a minha auto-imagem.

Uma das coisas que sempre me aborrecia era o fim de um relacionamento. No fim, a ex-namorada levava tudo e eu ficava sem o benefício daquela silueta que eu tanto adorava

admirar. E uma vez mais, eu teria que começar do zero com outra pessoa. Quando percebi que podia colocar em mim mesmo todos aqueles adornos e que os itens seriam meus, que sempre estariam ali. Pensei: “Financeiramente isso também é muito interessante. Não precisarei reconstruir esse guarda roupa!”. E um pensamento foi justificando o outro.

Enquanto eu estava no exterior, eu era um estrangeiro/imigrante, alguém novo que iria se aderir à sociedade evoluída, detentora de uma fantástica taxa de aceitação.

Foram as pessoas do Canadá que me deram firmeza e coragem sobre uma nova vida. Quem eu poderia ser/fazer. Em alguns momentos eu me sentia tolhido pela situação do brasileiro boboca. Quando nascemos meninos, a sexualidade é um tabu. Você precisa se impor. Homem não elogia homem. Preferencialmente eles nem devem se tocar. Você não mexe no seu bumbum. E o seu pipi precisa entrar no maior número possível de vaginas. Enfim, aquele “padrão masculino” do macho que só chega perto de outro macho para agredir. O meu melhor amigo no Canadá é casado, tem a esposa dele. Nem de longe tem um comportamento homossexual, mas ele se veste de mulher, sai, se diverte e muitas vezes a esposa dele se diverte ainda mais. Esse arranjo, naquele momento, era exatamente o que eu gostaria de ter. E com o tempo, as inseguranças passaram e as incertezas viraram terreno firme.

No exterior eu conseguia vestir minhas roupas femininas quase o tempo todo. Quando voltei para o Brasil não tinha para onde ir, com quem falar, ou o que fazer. Estando de volta ao meu mundo, real, eu queria fazer alguma coisa e eu não sabia como e nem onde e, pior: esse mundo real é muito inseguro (em comparação ao mundo exterior). Lá eu tinha amigos. Aqui eu não tinha nada/ninguém.

De volta, também voltei a ser eu mesmo (no masculino). E guardando um segredo. Eu estava muito preocupado com o que as pessoas iriam pensar de mim. Eu sabia que isso não seria compreendido. E a empregabilidade/sobrevivência? Muito arriscado.

E mesmo nos trajes masculinos, eu tive sorte. Tudo foi culminando para uma situação de um emprego estável e com grupos que não exigiam muitos vínculos. Logo o histórico de pessoas conhecidas foi se distanciando e para as poucas que restaram, deixando o ego se soltar, decidi não dar satisfação alguma.

No Canadá, eu nunca me preocupei com qual gênero usar para falar. Eu simplesmente falava. Quando eu voltei para cá, continuo falando, às vezes no masculino, às vezes no feminino, do jeito que sai. E raramente sai no feminino. Quando posso antecipar o que vou dizer eu até consigo empregar o gênero feminino. Mas independente de encaixar “a” ou “o”, eu sei que eu não nasci no feminino e que por uma opção (e por ter condições), eu tampouco quero ficar no lado masculino. Eu quero (e aceito) ficar no meio.

Eu olho para as duas caixinhas: a do feminino e do masculino e penso: “O entre-meio dessas caixas me parece atrativo! Eu posso ficar no meio delas?”. Por algum tempo, a possibilidade de trafegar entre os gêneros era muito atrativa, mas passado algum tempo, a transformação e os detalhes acabam consumindo muito tempo, tornando-se impraticáveis/insustentáveis no dia-a-dia.

E para mim, travestir-se é como usar um disfarce. Não creio que as pessoas me levariam tão a sério, afinal, que pessoa eu seria naquele dia? Uma mudança mais definitiva pareceu-me uma boa saída. Talvez mostrando algum esforço da minha parte (hormônios e cirurgias) transpassasse uma maior seriedade. De que a minha identidade mudaria (uma vez) e eu passaria a ser aquela nova pessoa dali para frente.

Quando decidi fazer a feminização facial e colocar a próteses de silicone, iniciei o tratamento de depilação (luz pulsada), que removeu os pelos do corpo. Os hormônios mudaram a pele (mais clara e fina) e também ajudaram no desaparecimento dos últimos pelos.

A transição é algo que começa, segue lentamente até acabar algum dia. Só que não acaba. Ainda me parece ilógico fazer uma afirmação do tipo “Ah! Hoje eu sou mulher”. Você pode ter nascido como você quiser, mas é como você se comporta, como e onde você se coloca e aonde você quer chegar. Em ambos os gêneros é preciso conquistar o espaço desejado.

No início da transição havia um pensamento recorrente a cada 10 minutos: “sou trans”. Atualmente este pensamento aparece uma vez por mês, quando aparece... ainda assim, quando ele vem, vem forte. Talvez a frequência mudará para uma vez por ano, ainda sim, acho que isso contribui para que a transição sempre continue. Mesmo que a transição se inicie aos 16 anos, o “trans” fica sendo parte de sua vida. A dualidade de gêneros ainda parece ser algo muito importante na sociedade. Um terceiro gênero ainda parece distante.

No dia internacional da mulher, em março, o pessoal do trabalho fez um café da manhã e eu estava lá. Selecionei um dos meus melhores vestidos, caprichei na maquiagem, salto alto... elementos que de relance não deixariam dúvidas: “É uma mulher!”.

As mulheres começaram a se organizar para uma foto em grupo e eu fiquei ali por perto, esperando alguma delas me chamar. Eu queria ser chamada/convidada ao invés de invadir o grupo. Mas elas não me convidaram para a foto.

Da parte dos homens, foi interessante observar a reação. Para eles ainda parece ser uma brincadeira e o preconceito nem mesmo é percebido. Não os condeno, pois em papéis trocados, eu possivelmente agiria da mesma forma. Quando eles perceberam que eu não estava no grupo, bradaram jocosamente: “Vai lá Daniellie! Entra lá!”. Como quem diz assim “Ah! Piada! Você vai entrar lá?”.

A única coisa que me ocorreu no momento foi dizer: “Vocês estão aí, elas estão lá e eu estou aqui no meio. Onde quero estar!”. Todos riram... ainda sim elas não me chamaram e eles ficaram olhando assim como quem diz “Oh, que coisa estranha”. Mas tudo bem. Eu fico no meio. Esta opção também me atende. Já que eu não quero estar no apenas no mundo masculino eu também sei que não disponho de passe livre no mundo feminino, eu prefiro não estressar a situação, deixando pessoas desconfortáveis. Penso que isso não ajuda a causa trans.

Se o convite acima tivesse aparecido, a minha forma de pensar poderia ser facilitada. Ao invés de pensar “eu sou trans”, eu poderia pensar “eu sou trans, mas eu estou fazendo tudo certinho e estou sendo aceita por este grupo”. Mas eu entendo que levará tempo.

Construindo mapas de leitura

Ao escutar Daniellie percebi que ela buscava soluções diferentes para viver, para existir eu precisei, então, construir mapas que auxiliassem em minha localização diante dela. O contato com o outro e o estranhamento em relação a diversas experiências identitárias abriram novas perspectivas sobre a forma como eu enxergava o sujeito. A possibilidade de se construir, desconstruir e reconstruir como um processo permanente ao longo da vida aparecia encarnada diante de mim a cada conversa. Algumas leituras me apontavam para a desnaturalização da ideia de um sujeito fixo e estável ao longo da vida, mas é muito difícil nos desprendermos dessa ideia. Muitas pessoas trans buscam em experiências passadas algo que indicasse que a transexualidade já estivesse ali desde cedo. No relato de Daniellie não aparece isso. Ela continua estranhando o fato de ter se tornado (ou escolhido) “alguma coisa nova”.

Os amigos, no Canadá, lançaram sobre ela um novo olhar onde ela também pôde se ver. Quando retorna para o Brasil, volta a ser “ele mesmo” perante o olhar dos outros que aqui estavam. Chegando ao Rio de Janeiro, novamente num lugar novo, morou perto do ambulatório e passou a frequentá-lo. Lá encontrou o nosso olhar. Sentia as minhas lentes um pouco embaçadas. Tentava entender porque, para ela, aquele seria um caminho.

Conversamos sobre a influência das interações que teve no Canadá e no Rio (IEDE) como parcerias para esse novo momento. Será que a forma como foi vivenciada essa experimentação de gênero também não teve a ver com as possibilidades de vivenciar isso aqui e lá? Porque as opções de experimentar isso aqui passou por uma “instituição de saúde” e lá foi de outra forma?

Fico curiosa a respeito da cirurgia facial e da prótese de mamas tê-la fixado numa determinada apresentação de si. Durante o primeiro ano de atendimentos me parecia que era conveniente poder apresentar-se em sua “versão masculina” quando lhe conviesse. Era uma

preocupação minha e me perguntava se não seria uma ação precoce, algo que limitaria um certo trânsito que, a meu ver, tinha uma função para ela. No entanto, Daniellie sempre se colocou com muita segurança em relação a esta escolha. Enquanto eu estava cheia de dúvidas, ela ia tecendo seus próximos passos. No seu caso, a cirurgia dos seios e da face foi o momento que marcou uma virada importante da transição.

Daniellie revela o quanto a incomodava a possibilidade de ser descoberta por colegas de trabalho antes da transição definitiva. Temia o preconceito e optou por revelar o que lhe ocorria.

Em minhas conversas com Daniellie, ficava curiosa sobre suas decisões e sobre sua história de vida. Do meu lado, a impressão era de que havia um planejamento já construído e que ela vinha nos dar notícias. A impressão era de que eu era expectadora e ouvinte, sem muita entrada para interferir no que se passava com ela. Durante a confecção do texto, foi muito importante ter perguntado sobre sua experiência com o acompanhamento e perceber que ela também era ouvinte de si mesma e que isso teve uma função em seu processo. Mais do que isso, ela reforçou o quanto as perguntas feitas a ajudavam a pensar.

Ter um espaço onde o que se diz é levado a sério

A palavra-chave seria internalização. Foi muito bom abordar a questão primando por uma condição existencial e não por um bate-papo informal. As perguntas da equipe ajudaram-me a responder questões sobre o que estava acontecendo comigo. E ouvir a sua própria voz falando sobre esses assuntos promove uma internalização mais efetiva dos vários assuntos. Será que eu estou aqui em erro? Será que eu estou aqui da forma correta? Foi a experiência no instituto que me fez tomar a decisão. O fato de ser bem acolhido e aceito também facilitou a decisão da transição.

Eu sempre tratei os nossos encontros como uma possibilidade de falar mais sobre o assunto. Eu não tinha com quem falar. Mesmo estando no Canadá com aquelas conversas informais que acabava em bate-papo, risadas e nada sério, foi no instituto onde os assuntos foram concretamente abordados. Eu cheguei aqui cheio de preconceitos. Certa vez ventilei: “Metade desse povo aí fora não bate bem, não!”. E após ouvir os meus próprios absurdos cheguei a conclusão que talvez eu também não bata bem!

Quando eu vim para cá eu não tinha nada planejado. Só estava querendo entender o que estava acontecendo comigo.

Até hoje eu não consigo entender ou explicar o porquê de um homem se vestir de mulher. Eu tenho esse desejo e não consigo entendê-lo. Gostaria de saber ainda o porquê de o

fato ter acontecido comigo. Terá sido algo que comi? Autismo? Terá sido alguma proteína sintetizada de forma diferente?

Vindo para cá e conversando, vocês me mostraram a realidade. Eu já estava de volta, inserido no mundo real e vocês estavam me perguntando: “E daqui pra frente? Como você vê isso? O que mudou para você? Como é que você está se colocando?”. Isso foi ajudando a me posicionar. Ao contrário do Canadá, aonde cheguei a afirmar “Sou transgênero”, aqui no Brasil eu, curiosamente e por um bom tempo, não mais me sentia assim. Possivelmente por medo de estragar o meu mundo real.

E comecei a planejar uma transição gradual. Preparei-me para cirurgia do rosto e dos seios um ano antes de realizá-las. E o processo de internalização seguiu. Comecei a organizar o guarda roupa, comecei a ver uma vida meio diferenciada do que eu tinha e, aconteceu. Chega o dia da cirurgia, você deita, dorme, acorda totalmente diferente e aquilo ali passa a ser o novo “eu”. Então, continuei vindo aqui e todos os meus outros medos/receios e fui resolvendo as questões nas nossas conversas. Resquícios de coisas boas e ruins foram processados, ou convertidos ou simplesmente abandonados. Penso que o resultado, por enquanto, está indo bem.

Por fim, de minha profissão (engenharia), “se a mulher não existe, eu construo uma”.

Uma relação de parceria

Quando eu comecei a trabalhar no ambulatório tive acesso a muitos discursos acerca do que seria a função do psicólogo no atendimento a transexuais. Sempre me senti desconfortável no papel de avaliadora de uma suposta verdade ou de um suposto diagnóstico de transexualidade. Meu percurso na saúde mental me ajudou a voltar o meu olhar para a singularidade e a entender que as pessoas podem construir caminhos absolutamente inusitados para si e que estes precisam ser levados a sério por quem as escuta. Então, quem deve decidir de que forma transitar, qual a melhor maneira de vivenciar o seu gênero são os próprios sujeitos. De alguma forma, somos capturados por uma necessidade de fazer leituras nos utilizando dos padrões disponíveis. Daniellie recusa modelos prontos, designações dadas. Aprendi com ela a ficar mais confortável diante disso também.

Achei interessante a forma como ela se referia a experiência no Canadá, e continuei me perguntando sobre a diferença entre a forma como ela pôde vivenciar a expressão de gênero lá e aqui. A única interação que Daniellie estabelece aqui no Brasil é no hospital, com a equipe. As relações de trabalho se limitam ao ambiente corporativo e ela diz que entende quando é a única não convidada para as festas de aniversário dos colegas pois poderia influenciar seus

filhos a quererem ser como ela ao verem a sua imagem. Neste momento se pergunta até que ponto teria uma pré-disposição à transexualidade e até que ponto teria sido escolha ou influência das interações que estabeleceu no Canadá. Esta posição dela parece indicar o quanto ainda permanecem visões ambíguas sobre as determinações de sua experiência pessoal.

Se por um lado as relações estabelecidas com os amigos canadense lhe “tiraram o medo” e fizeram com que ela percebesse algo de “boboca” na relação do brasileiro com sua sexualidade, quando chega no Brasil, diz compreender e até concordar com a posição dos colegas de trabalho. Resta-lhe, talvez uma única possibilidade de interação – o hospital. Ali se sentiu bem acolhida e pôde falar de si, revelar o que lhe passava.

Questiono-me até que ponto nós contribuímos, através das perguntas que fazíamos, para que ela vestisse essa identidade trans como única possibilidade para exercer sua vivência de gênero aqui. Tento esclarecer o que ela quis dizer sobre a transição não acabar. Daniellie me explica que por não haver mudanças de órgãos ou genes nunca será possível uma transição completa, pois nunca se mudará a biologia.

Daniellie é branca, de classe média, com nível superior e emprego público, o que a coloca numa situação extremamente privilegiada em relação a outras vivências e experiências encontradas no ambulatório. Não experimentou tantas perdas ao longo da transição e pôde viver isso como uma escolha em sua vida. Pedi que ela me falasse sobre sua percepção a respeito disso.

Reflexões sobre um processo tardio

Uma condição financeira estável permite uma transição mais tranquila. Como eu sou sozinho e o que ganho é suficiente, as necessidades básicas estão supridas, não há necessidade de extrapolar os limites de minha vontade em trabalhos indesejados/insalubres, não dependo recursos/favores/gentilezas de ninguém. Minhas contas estão pagas e isso me dá a segurança de ser quem eu sou e brigar (se preciso for) pelo meu espaço.

Um conselho para quem está começando a trilhar esse caminho? Eu diria, fale muito, ouça mais ainda, pense e planeje. O meu processo de transição foi tardio. Eu já havia conseguido cumprir vários objetivos de vida. Se eu não conseguisse mais nenhum dali pra frente, tudo bem. Eu aprendi, gerenciei, construí e tive um tempo (só para mim) para analisar tudo o que fiz (e o que poderia ainda vir a fazer). Eu me considero pleno, realizado. E a minha preocupação para com os mais novos seria o risco deles terem os seus potenciais tolhidos pela ignorância alheia. O que acaba afetando o indivíduo ao final da vida. Ao mesmo tempo, como fingir ser outra pessoa, de outro gênero, e ter pleno sucesso? Não chega a ser difícil, mas é

preciso ter diferenciais que o identifiquem em meio ao grupo comum, algo mais do que “foi aquela pessoa que mudou de gênero”. Afinal, um chato que muda de gênero apenas passa a ser uma chata (e vice-versa).

Confesso que a transição tardia não me permitiu viver o benefício da atratividade elevada dos jovens, porém agora eu disponho de recursos financeiros para ter uma vida tranquila. Não sei se fui agraciada em não precisar transicionar antes. Cada um ao seu tempo.

A HISTÓRIA DE ALESSANDRA CONTORNANDO ABISMOS

A dor que faz reabrir outra dor

Há cerca de cinco anos, uma pessoa que eu amava muito se matou de forma bárbara. A família inteira entrou em colapso. Com a morte dela, o suicídio retornou na minha vida.

Em luto, voltei a refletir sobre a minha transexualidade e a contemplar minhas tentativas de suicídio, que não foram poucas. Eu vivia dentro de um teatro, interpretava um papel. O suicídio aparecia como escape dessa realidade de sofrimento.

Vivia há dez anos com uma mulher, tinha uma família constituída e um emprego. Possuía uma realidade toda estabelecida, uma construção feita ao longo de muito tempo.

Porém o sofrimento de não poder viver de fato quem a gente realmente é era tão grande que fazia do suicídio uma opção viável. A identidade de gênero é algo diferente da orientação sexual. É algo muito além, muito profundo. A impossibilidade de poder viver quem você é na sua totalidade é muito cruel. É muito doloroso escolher tudo de forma contrária ao que você é. Vida, comportamentos, decisões, roupas, profissão, amizades, esportes.

Quanto mais eu negava o processo de transição, mais me sentia com medo, desesperada. A negação da identidade alimentava o processo de depressão, aumentava o desespero. Eu me via sem saída, tendo que escolher entre perder tudo ou morrer.

Meu pai morreu há vinte anos, e na ocasião eu me vi no mesmo beco sem saída, enfrentei as mesmas questões: "Vou perder tudo, vou perder minha mãe, vou perder minha casa, vou viver sabe-se lá como". Tinha medo, pavor, porque a forma como as pessoas transexuais são tratadas na nossa sociedade é muito cruel, muito desumana.

No momento em que contemplei a possibilidade real de transicionar, comecei a me sentir, pela primeira vez, pertencente ao mundo e a meu corpo. Comecei a ter sonhos, esperanças, desejos que antes me eram negados, impossíveis de serem concretizados.

Aceitando o lugar de testemunha

“Você vai ser minha psicóloga”. Já no primeiro encontro Alessandra me chamou para acolher o tanto que ela tinha para dizer. Chegou se revelando, se entregando, tomando para ela aquele espaço, meus ouvidos, minha presença.

Estava em profundo sofrimento. Apareceu para mim como uma pessoa em desamparo, tentando colocar em ordem o que lhe acontecia enquanto falava. No primeiro momento do

acompanhamento, era tomada por muita dificuldade de nomear o que sentia. Crises de pânico, tentativas de suicídio, choro, brigas com a mãe, reações desesperadas. Tudo era intenso, forte e urgente. Revelava sua história em fragmentos, muitas vezes contados de formas diferentes com o passar dos encontros.

Com a vida em frangalhos, tinha voltado a morar com a mãe, que não aceitava de forma alguma o que ela afirmava ser. Estava divorciada, afastada do filho e sem emprego. A decisão da transição foi uma surpresa para sua família, um desvio de rota, da ordem da loucura.

A escolha por transicionar se colocou para Alessandra em termos de vida ou morte. Precisava fazer isso pra continuar viva. Uma história de rompimento e de costuras, muitas vezes frágeis. Buscava pilares onde se sustentar para não tentar o suicídio mais uma vez.

Uma vida não vivida

Eu me vejo, e sempre me vi como mulher. Cresci numa família de mulheres. Convivi com a minha avó, três tias e minha mãe. Meu pai foi muito ausente. Sempre andei cercada de mulheres e do universo feminino. Quando criança, não entendia porque que as pessoas me tratavam como se eu fosse menino. Aquilo não entrava na minha cabeça de forma alguma. Fui obrigada a viver uma vida escondida. Minha avó era a única que me ajudava a me vestir de menina, a me arrumar.

Eu não aprendi a ser homem. As informações que eu absorvia na construção da personalidade, minhas tarefas, meu aprendizado, as revistas que eu pegava para ler, minha colocação e a forma como eu percebia o mundo, sempre foi de mulher. Eu aprendi com minha mãe a ser dona de casa, uma moça prendada. Sei costurar, sei passar, essas coisas que há 30 anos atrás todas as meninas aprendiam com a mãe, com a avó.

Nunca soube ser homem, esse papel nunca me coube. Parecia que eu exercia algo trôpego. Eu não aprendi a jogar futebol, e nem participava das conversas e dos círculos sociais de menino. Eu não tive uma construção social de homem. Eu não absorvi o que o universo masculino tinha para me dar. Eu rejeitava.

Por conta da opressão, eu fui empurrando isso com a barriga, de forma homérica, eu diria. Paralelamente, fui descobrindo, me descobrindo. Através de leituras, de vivências, conhecendo e entrando em contato com pessoas, fui começando a entender o que eu era, quem eu era. Antigamente, a única forma que a gente tinha para entrar em contato com a transexualidade, era através das meninas que faziam prostituição na rua, das travestis.

Eu sempre tive medo de transicionar, de me assumir enquanto mulher. Tinha pavor de ter de sair de casa, de ser obrigada a viver de prostituição, de perder tudo aquilo que eu já havia construído, que eu já havia ganho, que eu já havia vivido. Esse medo me impedia.

Agora sou uma mulher de quarenta anos e ainda tenho meninices. Tem coisas que quero ter porque nunca tive. É como se eu tentasse resgatar de alguma forma o período da minha vida que não vivi de fato, que vivi de uma forma escondida.

Eu não pude ser menina, não pude ser adolescente, não pude ser uma mulher jovem. Estou sendo agora uma mulher de quarenta anos.

Quase dois anos depois, às vezes ainda me sinto muito perto do início da transição para ter um olhar mais crítico. Porque ainda estou nessa merda de me colocar no mundo, de saber como me posicionar, de como conseguir emprego, de como me relacionar, de como reagir ao mundo. Então às vezes me vejo com 20 anos. Porque é com 20 anos que a gente começa a fazer essas coisas.

E eu não quero ser uma mulher de vinte. Eu não sou uma mulher de dois anos, que não viveu nada, que não foi construída. Eu venho me construindo subjetivamente enquanto mulher, através da observação, através dessas vivências. Essa é a mulher madura que hoje sou, que é bem posicionada, que sabe falar, que sabe argumentar. Mas preciso continuar trabalhando. Porque existem questões nessa mulher que precisam ser trabalhadas. E por conta disso, muitas vezes posso estar equivocada num assunto e não percebo, porque, afinal de contas, essa mulher de quarenta anos, ainda é bem jovem.

Eu tento resgatar essa vida não vivida, mas é uma vida não vivida que eu não posso resgatar plenamente. Porque não cabe mais. O tempo levou.

Reescrevendo uma história

Ao longo dos quase dois anos em que a acompanhei semanalmente, chegamos bem perto de alguns abismos. Mesmo tendo que lidar com a perda e com a dor, iniciou um processo de reescrita e ressignificação de sua história. Foram muitas as desconstruções e construções que Alessandra me convidou a fazer com ela.

O processo para chegar nessa decisão não foi fácil. Tento, então, junto a ela, retrazar sua experiência, tentando situar algum ponto de virada em sua história. Sentia que Alessandra revisitava sua história ressignificando momentos e situações vividas a partir da posição em que se encontrava agora. Ela se reescrevia.

Não é fácil reescrever uma história. Relações familiares, amores, casamento, paternidade. Tudo escrito a partir de uma identidade masculina que ela vestiu durante tanto tempo e com a qual ela construiu parte importante de sua história.

O ponto de virada se deu após um momento traumático, um evento que atravessou sua vida e reativou dores há muito adormecidas.

Uma amiga psicóloga a ajudou no momento crítico em que pensava em se jogar de cima do templo Hare Krishna que frequentava. Dedicada, acolhedora e carinhosa, impediu, naquele momento, que uma tragédia acontecesse. Emprestou-lhe alguns livros, mas Alessandra não quis lê-los, seja porque traziam uma compreensão da transexualidade como patologia, ou porque a faziam lembrar-se de sua própria vida, como o livro do João Nery.

O encontro com essa amiga e a forma como foi apoiada por ela ajudaram com que Alessandra procurasse uma nova psiquiatra que orientou sua chegada ao acompanhamento no processo transexualizador. O psiquiatra anterior havia sugerido sua internação por conta das ideias e tentativas de suicídio frequentes. De fato, Alessandra caminhava cambaleante sobre um fio muito frágil, mas conseguiu, aos poucos, tecer uma rede para se apoiar. O IEDE e o atendimento vão se colocando como mais um ponto desta rede, um lugar possível para ela dar contorno a seu desespero, um ponto de referência.

Ao mesmo tempo em que o suicídio era um tema recorrente em nossas conversas, era também muito forte a tessitura de uma narrativa que apontava para uma escolha em direção à vida quando assume sua transexualidade. Havia uma experiência de perda e rompimento muito presente naquele momento pois os familiares mais próximos a ela não a reconheciam, percebiam este movimento dela como insano e monstruoso. Pensava muito sobre quem havia morrido e quem permanecia viva em Alessandra e como esse movimento dela afetava sua família também.

Em transformação

Nós somos uma metamorfose, um processo contínuo de mudança, de construção e desconstrução, reformulação dos conceitos, readaptação à realidade. Quando comecei a exercer e a praticar a minha identidade de gênero, eu não fiquei questionando muita coisa. Fui para vida, para as experiências concretas, porque acho que a gente tem que viver, a gente tem que se conhecer.

Eu tinha que entrar em contato com pessoas transexuais, tinha necessidade de entrar em contato com todos os tipos de pessoas possíveis, porque precisava me alimentar de informação, de vivência, de experiência, de relato. Tem a hora de filosofar e pensar, mas na

vida, a filosofia é a vida. E viver, não é conjecturar. Eu não queria ler a minha vida, eu já sabia qual era ela.

Já havia enfrentado e passado pelo pior - as ideias suicidas, a perda da família, a reação da minha mãe, o rompimento do meu casamento, o distanciamento do meu filho. Não tinha mais nada a perder. O que eu tiver que perder não é nada perto do que eu já perdi antes. Então vamos, então vamos! Enchi o peito de coragem, tirada sabe-se lá de onde. E assim foi indo e tem sido até hoje. É um processo.

Não acho que a transição tenha um fim, porque é uma vivência. Você passa a viver como uma mulher, e a mulher não é um objeto que você vive e fala: "Ah, olha aqui, ó, a caneta. E é isso, pronto e acabou". Ainda mais nos dias de hoje, que as mulheres estão dominando o mundo de todas as formas possíveis. E a gente tem que se empoderar de todas as formas possíveis, e dominar todos os assuntos possíveis. Sou feminista para caralho, de todas as formas.

Hoje me vejo mulher e não como mulher trans. Eu me vejo como mulher. Se eu entro em um lugar, e a pessoa me olha como mulher trans, é transfobia. A pessoa tem que me ver como mulher, antes de me ver como mulher trans. O meu gênero não é um adjetivo, meu gênero é meu gênero e acabou, eu sou feminina e acabou. Então isso está muito sedimentado.

Desde o início da transição, eu só vinha ficando com homens. Homens hétero, bi, homens trans, fui experimentando. Me perguntava se era hétero. Achando que a mudança do meu corpo fosse acarretar uma mudança no objeto do meu desejo. Mas não deu muito certo.

Até que um amigo me mostrou um livro chamado Manifesto Contrassexual, que fala que todo mundo é bissexual, e que problematiza uma sexualidade fluida. Apesar de acreditar nisso, eu sempre me relacionei com mulheres. Tentei viver a heterossexualidade imposta, mas orientação sexual não tem nada a ver com identidade de gênero, porque você nota que o objeto de desejo e afeição não muda. A minha orientação sexual não mudou.

E aí, quando eu falei: "Eu sou bissexual", abri portas novamente, às mulheres na minha vida para um relacionamento sexual e afetivo. Porque orientação sexual não é só desejo, existe a afetividade também. E assim, me assumi sapatão. Eu sou lésbica. Isso, para mim, foi muito natural, porque era uma vivência que eu estava experimentando, finalmente, na plenitude da minha identidade de gênero e do meu corpo.

Quando eu era pequena, minha mãe me aviadava. Sempre reclamava que não queria cortar o cabelo curto, não queria usar roupa de viado. Eu não queria parecer viado, não queria que me chamassem de viado na rua. Porque eu não sou viado, sou sapatão.

Me organizo falando

Cheguei em profundo desespero, em um quadro profundo de depressão, pânico e ansiedade. Apesar de ter feito um tratamento anterior em saúde mental, sentia que a psicóloga e o psiquiatra não me contemplavam no exercício de suas profissões. Talvez pela falta de vivência, possuíam uma visão da transexualidade limitada, academicista e muito arraigada ao conceito de binaridade, de cisgeneridade, sempre tentando enquadrar a mulher transexual num quadro patológico.

O estado no qual me encontrava, quando entrei aqui, se não houvesse acolhimento da equipe, não sei o que teria acontecido. Eu estava tão desesperada, tão desamparada, que mesmo com a medicação, estava em risco. Me sentia na iminência de cometer suicídio, tanto que foi um tema recorrente na minha terapia em 2017, A minha última ideação foi em setembro de 2017.

No início, usei esse espaço principalmente para chorar. Eu vinha para o ambulatório, eu falava, chorava. Saía daqui, ia para casa e continuava chorando. No início, era uma catarse. Um lugar onde eu precisava falar e chorar com uma pessoa que sei que não vai me julgar, que não vai dar opinião descontextualizada, que não vai emitir preconceito de forma alguma, e que vai me acolher.

E aí eu tentei começar a me organizar. Mas ainda há muitas questões pertinentes às violências que sofri durante a infância e a adolescência. Que quando tentei abordar na terapia, ainda não tinha estrutura e entrei em crise. Precisava trabalhar os meus medos, as minhas relações com o mundo e com as pessoas, para que eu pudesse abordar os temas mais perigosos.

Quando converso dentro do movimento social, estou construindo uma coisa coletiva, onde nem sempre o que vai prevalecer é a minha opinião. Na verdade, o que prevalece é o consenso, onde há acordo comum. Se não há acordo comum, continua-se o debate. E na terapia, não. Posso refletir sobre os meus posicionamentos, sobre a minha realidade, sobre as coisas em que acredito. E aí, eu vou olhar para dentro de mim mesma, e falar: "vamos desconstruir esse processo".

Nem sempre, durante a reunião no coletivo, você está apta, a fim e disponível de passar por um processo de desconstrução. Às vezes, você só quer vencer a porra do debate e fazer com que aquilo aconteça. Então não é um lugar de psicoterapia. O lugar de psicoterapia é aqui, onde eu vou falar e vou chorar porque mataram a Matheusa, que é uma mina que a gente conhecia. E aí vou me organizando, porque tenho pressa.

Eu sou o tipo de pessoa que me organizo falando. A terapia cai como uma luva para mim, porque meditar não adianta, fazer exercício não adianta para resolver as minhas

questões, nada adianta! O que adianta para mim é falar.

Se você fosse uma pessoa trans, uma mulher trans não sei se faria, na prática, diferença, porque eu nunca senti nenhuma forma de preconceito, nem nunca senti nenhuma forma de rejeição. Muito pelo contrário: Eu tenho me sentido muito acolhida. O que me prendeu ao IEDE não foi a endócrino, foi o processo de psicoterapia com você, que eu precisava com muito mais urgência do que tomar hormônio. Sem você, não sei o que teria acontecido.

Eu não sou uma mulher trans, eu sou uma mulher e você é outra mulher. Eu não conseguiria ter esse tipo de relação, que a gente criou aqui, com um homem. Porque muitas vezes são questões muito íntimas pra uma mulher falar pra um homem. E um homem carrega toda aquela forma de opressão do masculino. Vai fazer diferença em outras situações.

Eu sei também que você passa por um processo de construção junto comigo. Junto com as pacientes, você também está aprendendo, você também está ouvindo, você também está crescendo. Também está num processo de transformação, não é uma coisa de via única. É uma troca, uma via de mão dupla. Vejo isso como um processo pedagógico, meu e seu, onde você aprende comigo e eu aprendo com você, onde a gente vai se desconstruindo da nossa realidade. E tiveram alguns rastros ideológicos. Por exemplo, a questão da construção social, que eu tive que falar: "Não é isso, Clarice. É outra coisa". Eu tive que colocar o meu local de fala, que você, por ser cisgênera, não possui. Mas é normal. Eu tenho que fazer isso com o mundo inteiro: impor um local de fala, de forma didática ou agressiva, mas tenho que impor o meu local de fala às pessoas. É normal.

Costurando uma nova estampa

As palavras vão dando contorno ao sofrimento de Alessandra ao mesmo tempo em que vão servindo como fios para costurar sua história com uma estampa diferente daquela com a qual estava acostumada.

Como uma colcha de patchwork, fazíamos novas composições e arranjos com novos e antigos retalhos. Vivências antigas eram revisitadas, olhadas por uma outra perspectiva e, junto com novas vivências recompunham uma nova história.

Em nossas conversas, assisti a construção dessa mulher de 40 anos. Percebia que ela se utilizava de algumas narrativas para dar suporte a sua construção. A militância me pareceu ter papel importante nas experimentações de Alessandra. O encontro e debate com outras pessoas trans foi lhe dando certa proteção e amparo além de entrar em contato com diversos discursos sobre a transexualidade, o feminismo, e outras questões da luta política trans e feminina que lhe deram suporte narrativo na construção de sua identidade.

Muitas vezes me parecia que Alessandra tentava se moldar a um discurso mais geral ou político. Como se misturasse sua história com as histórias coletivas, tentando reproduzir uma certa trajetória que toda mulher trans deveria ter. Encontrava uma certa dificuldade de me aproximar de sua experiência e era levada a tentar fazer com que ela falasse mais sobre si, diferenciando aquele espaço do que ela tinha no movimento social. Ao mesmo tempo que a narrativa produzida nos espaços coletivos lhe davam proteção e contorno a experiências que ela ainda não conseguia nomear, muitas vezes soava como imperativo, um molde de como deveria ler o mundo e a si.

Alessandra foi um desafio pra mim neste sentido, porque eu também me via presa a uma representação de transexualidade que circulava nos trabalhos acadêmicos, nos discursos políticos e biomédicos. Era preciso que eu fizesse um exercício constante de singulariza-la, sem perder de vista o contexto.

Conversamos muito sobre sua infância, adolescência e juventude. Ao me contar sobre sua vida, a sensação que eu tinha era a de que ela revia sua experiência a partir de um outro ponto de vista. Um ponto de vista atravessado por essas novas narrativas que lhe chegavam. Acredito que nossas conversas possam tê-la ajudado a montar essa mulher de 40 anos.

No início de nossas conversas era tomada por certo receio de questioná-la e confrontá-la. Sentia Alessandra muito frágil, precisando de apoio a sua decisão. Aos poucos fui conseguindo fazer ponderações, perguntas, mostrar estranhamentos. Encontrar uma forma de abrir um espaço de reflexão sobre as ideias que eram construídas sobre ser mulher, ser trans, ser ativista, etc, foi um caminho para tentar acompanhar tantas mudanças e tantas experiências que ela trazia toda semana. Percebi que eram perguntas importantes para mim também. Uma forma de tentar me conectar com a vivência dela, inacessível para mim.

A HISTÓRIA DE MARTIM CONSTRUINDO REDES

Convidei Martim para participar da pesquisa depois de nosso segundo ou terceiro encontro. Diferente das anteriores, a história de Martim se refere ao seu processo de chegada ao serviço.

Martim me disse que gostava de escrever histórias de ficção, mas ainda não havia conseguido terminar o livro que havia começado. O livro guardava relação importante com a escolha do seu nome, que por sua vez se inseria em um importante processo de negociação entre o seu desejo e as imposições externas.

Contei a ele que estava fazendo um trabalho sobre a história das pessoas que passavam pelo ambulatório e perguntei se ele gostaria de escrever, junto comigo, a sua. As entrevistas fizeram parte do processo de recepção e acolhimento de Martim.

Martim chegou bastante tímido, falava pouco, cabeça baixa. Tinha muita dificuldade de contar a sua história sem que eu lhe fizesse perguntas. Aos poucos, revelou um percurso solitário, permeado por dúvidas, inseguranças, recuos, idas e vindas e destacou a importância que alguns encontros produziram em sua jornada.

Convivendo, vivendo, vendo

Desde criança eu já me sentia diferente. Diferente das minhas duas irmãs e totalmente fora do enquadre familiar. Lembro que meu tio fazia barba com Gillette e eu passava a espuma no meu rosto e tirava com a escova de dente. Eu falava que queria ter uma barba como a dele, ele brincava comigo. Não era uma coisa séria. Não podia ser sério.

Como o local em que eu morava era muito precário de informações, eu ficava distante de muitas atualizações. Era um lugar de roça, e a maioria das pessoas que moravam lá eram muito evangélicas. Havia coisas que não deveriam ser conversadas, não poderiam ser faladas. Não tinha como saber, como conversar.

No início, achei que me sentia diferente porque eu gostava de mulher, era somente isso. E assim eu fui convivendo, vivendo, vendo. Sempre gostei muito de ver, pesquisar e ouvir histórias sobre pessoas que nasciam com um gênero definido pela medicina, mas que tinham outro gênero no psicológico. Eu não entendia direito aquilo, ficava só nas pesquisas.

Quando fui ficando mais velho, sentia que não era só ter que me relacionar com mulher. Sentia que eu realmente era diferente, dentro de mim. Olhava no espelho e não gostava do que

via. Por dentro eu era diferente.

O acolhimento

A observação do mundo, o interesse por histórias e a reflexão sobre si foram, desde muito cedo, recursos que Martin encontrou para se relacionar com o que não podia dividir com ninguém.

No momento de chegada ao ambulatório, Martim demonstrava muito interesse em contar sua história e ter alguém que pudesse ouvi-la a partir de outra perspectiva. Não apareciam sinais de sofrimento ou sintomas que pudessem indicar depressão, disforia ou ainda a presença de alguma situação disruptiva que indicasse a necessidade de um acompanhamento mais intensivo.

Aos poucos foi ficando mais clara a importância que ele dava ao compartilhamento de sua história. Diferente de outros primeiros encontros, Martim expunha suas dúvidas com muita sinceridade e franqueza. Percebi o quanto era delicado para ele estar num serviço de saúde, havia enfrentado uma dura negativa por parte da primeira profissional que o recebeu. Talvez, por ser um ambulatório especializado, ele se sentisse um pouco mais protegido, mas havia empreendido um caminho trabalhoso que envolveu a passagem pela atenção básica e o contato com vários profissionais.

A cada vez expor-se, explicar quem se é, o que se quer, aguardar a vaga, passar pela triagem do hospital. Contar novamente sua história, de novo, a cada vez. Não é uma tarefa fácil.

A tranquilidade com que Martim narrava situações de abandono e violências me surpreenderam. Comecei a perceber que, para se reinventar, ele havia empreendido um longo caminho e superado muitos traumas e desafios.

Um longo caminho

Aos dezoito anos, sofri um abuso e engravidei. Eu não aceitava. Nunca pensei em ter filho na minha vida. Fiquei muito constrangido, queria me esconder, tentei de tudo, até que ouvi de um médico: - "Não tem jeito. Você vai ter que ter essa criança". Mudei de cidade e ninguém me viu grávida.

Eu tinha acabado de fazer dezenove anos, quando minha filha nasceu. Foi bem difícil mesmo. Não amamenteei, tive uma rejeição, talvez. E depois de cinco meses, ela foi morar com minha mãe. Aos cinco anos, veio morar comigo e ficou até os doze anos. Mas não consegui ter esse laço que vejo em outras mães. Eu acho até bonito, mas não temos aquele contato de mãe e filha, como sou com minha mãe. Olhava pra ela e via a cara da pessoa. Acho que por isso eu

não consegui ter esse laço com ela.

Eu tinha muitos sonhos. Queria ir pra Marinha, queria fazer muita coisa. Acho que um pouco da minha vida, da vida que eu poderia ter, foi roubado. Então tive que recomeçar. Recomeçar com uma criança.

Na mesma época em que ela nasceu passei a comprar roupas masculinas. Mas durante dez anos, houve uma oscilação, por conta de agradar as pessoas próximas.

Eu era obrigado a botar roupas femininas pra agradar o meu pai, a minha mãe, ou pra fazer uma visita a minha filha. Teve situações em que eu tive que colocar vestido longo para um aniversário e foi bastante constrangedor. Parecia que eu estava em outro corpo. Estando no meu, mas em outro corpo. Eu não me sentia bem.

Até que conheci um amigo trans que falou sobre a transição:

- "Você tem que se conhecer, saber o que você é por dentro e aceitar, que é o mais difícil!" – meu amigo falou.

E procurei entender o que eu era. Muitos anos se passaram até essa descoberta, ou aceitação.

Ao longo do tempo tiveram altos e baixos. Uma hora vem uma determinação, que vai ser aquilo, que você vai enfrentar todo o mundo. E tem uma hora que você se retrai. Não tem uma explicação.

Tenho amigas que são lésbicas e que não aceitam a minha transição. Muitas, muitas!

Elas pensam:

- "Ah, quer ser homem!"

Mas para mim, não é uma questão de querer ser, é uma questão de ser. É diferente, e sei que é difícil para elas entenderem.

Não sabia que existia esse tipo de acompanhamento. Meu amigo falou que passou por muita coisa antes de conseguir, e eu fiquei com receio de passar por isso também. Então decidi procurar uma clínica particular, mas a médica falou que não poderia me dar o pedido para tratamento porque ela era cristã. Como eu não queria passar por esse tipo de constrangimento, eu comecei a fazer a aplicação de hormônio por conta própria até aceitar que precisava de acompanhamento.

Acho que a transição envolvia muitas coisas: religião, família. Por mais que eu já soubesse, eu não poderia aceitar. Foi bem difícil e eu fiquei com muitas dúvidas, com relação a me expor, a ser o que eu sou, e não querer saber o que os outros iriam dizer.

Minha sobrinha me mostrou um filme que ela gostou muito e que conta a história de um menino homossexual que tem uma família muito católica que não o aceita e ele se suicida.

Nesse filme, eles fazem uma passeata, mas é uma passeata familiar. Tinham gays, héteros, gays com filhos adotados ou biológicos, mas não tinha bebedeira, todos se agarrando. Uma vez, eu fui a uma parada gay e não gostei do que vi. Eu acho que deveria ser feito de outra forma

Eu acho que a luta devia ser diferente, é esse lado que a sociedade precisa ver, porque se a gente quer mostrar que o transexual, que o homossexual pode ter uma família, pode adotar uma criança, pode ter um lar com respeito, como vai mostrar isso indo para a rua, nu, com crianças e se agarrando? Eu acho feio para casais héteros, imagine o que a sociedade não vai falar dos homossexuais fazendo isso. Então, o que eu vi, fiquei muito apavorado. As pessoas se agarrando, se beijando, pareciam que iam fazer sexo no meio da rua.

Acho que se mostrassem o lado familiar, o lado do respeito ao próximo, seria mais fácil chegar a esse fim. Reduzir essa desigualdade, essa violência toda. Este é o modo como eu faria se fosse abrir uma ONG ou participar de uma militância.

Negociações

As escolhas de Martim implicaram complexas negociações com as exigências e expectativas das pessoas de seu entorno. Entre cobranças sociais, religiosas e familiares, espaços de resistência lhe permitiram encontrar elementos que o ajudaram a construir sua identidade. Algumas amizades, a presença de sua companheira, de sua mãe e, agora, do serviço de saúde constituíam-se como importantes elementos de sua rede que, junto à espiritualidade e à literatura lhe forneceram referências para a construção de si.

Percebi que alguns recursos precisavam ser valorizados. A leitura, a escrita e o compartilhamento possibilitaram escapar de um percurso muito solitário, dando sentido à sua vida e a sua história.

Após alguns encontros, conta que havia aberto mão de seu primeiro nome de escolha, Martim, referência a um inquisidor do século XVIII e que remetia a sua ascendência portuguesa. Sua mãe não havia se adaptado. A sonoridade era muito diferente de seu nome de origem. Por sugestão de sua companheira, optou por um segundo nome, João, mais fácil para sua mãe.

Quando me contou essa história e disse que preferia ser chamado de Martim e não de João, senti que havia entrado em sua rede.

Quebrando certezas

As mudanças começaram muitos anos antes de injetar hormônio. Antes de usar hormônio, eu já sabia o que eu era. Ainda assim, acho que estou no início da transição.

A minha maior dificuldade é tentar me agradar. Se eu vou sair com a minha família,

tenho que procurar usar uma roupa que não vá demonstrar o que eu sou, mas que não fuja do que sou. Então acho que eu sou o problema. Tenho que pensar um pouco mais em mim, mas eu sinceramente não consigo. Por enquanto não, ainda não.

Há seis anos me relacionei com uma pessoa que não aceitou minha transição, nem se interessou em pesquisar sobre o assunto. Eu não tive apoio, nem conversa. Encontrei apoio em meus amigos e numa pessoa com quem havia me relacionado no passado. Ela pesquisou sobre o assunto, conversou comigo e me apoiou bastante. Eu fiquei admirado.

No começo tinha muitas certezas, mas elas foram quebrando. Eu me incomodava muito com meus seios, de querer passar faca. Hoje não. Acho que com a maturidade, com a idade também, não me incomodam tanto assim.

Hoje estou mais focado em ter o acompanhamento psiquiátrico, psicológico principalmente, do que a hormonioterapia. Já ouvi relatos de pessoas que fizeram a transição, que estão com o tratamento bem avançado, e lá na frente se arrependeram. Eu não sei qual é o motivo.

Eu quero ter certeza, para que, lá na frente, não me arrependa. Acho importante você se conhecer. São oportunidades de falar coisas que você não tem coragem de falar pra quem está do seu lado. Tenho dificuldade em falar sobre a minha vida. Tem muitas questões que não falei, que não tenho coragem de conversar. O acompanhamento é importante, você vai se sentindo mais à vontade aos poucos.

Acho legal a reunião em grupo. Nunca participei, mas acho que seria muito bom, porque você conhece várias outras histórias. Tem um grupo no Whatsapp que os meninos fizeram e lá começam a surgir muitas coisas. Por exemplo, que tem outros trans que têm filhos, seria bom ouvir para não se sentir perdido, sozinho no mundo.

Penso que a conclusão do processo é conseguir ser respeitado pelo gênero que você é. Com relação a seu nome, ao nome social. Quando a gente não tiver que ir para a rua brigar por uma coisa que somos, e estar sujeito a passar por agressões, ser marginalizados, aí vai estar concluído.

Compartilhando incertezas

Compartilhar narrativas e poder falar de suas incertezas parecem dar sustentação para a transformação de sua relação com o corpo. A maturidade, da qual ele fala, parece ser bem mais do que uma questão de passagem do tempo.

A busca por um espaço de trocas e de escuta se mostrou muito mais premente do que orientações sobre o uso do hormônio ou transformações corporais. Martim chegou ao

ambulatório através de um amigo trans que também era seu vizinho. No serviço, conheceu outras pessoas e outros espaços onde começou a circular. O acolhimento no ambulatório, para além do pacote: hormônio + psicologia + psiquiatria, serviu como ponto de partida para produzir conexões com lugares e pessoas e possibilitar que ele pudesse continuar o seu caminho.

Terminamos as entrevistas e a escrita da narrativa perto do meu desligamento do ambulatório. Conversamos sobre os próximos passos e ele me contou que soube através do grupo que tinha aberto um ambulatório voltado para população trans numa cidade bem próxima da sua. Disse que foi convidado para conhecer o serviço e estava pensando nesta hipótese por ser mais perto.

Depois de poucos encontros, percebi o quanto Martim se encorajou a transitar e a fazer escolhas a partir de um intenso trabalho que envolveu a localização de elementos que queria preservar de sua história e aquilo que conseguia criar de novo e singular. Um processo complexo, preservar a tradição e a religião com a qual foi criado, manter seu lugar na família com a filha e a neta, e junto a isso se conhecer melhor, encontrar seu lugar no mundo.

Martim mostrou que não havia nada pronto, ele era movido por conflitos, dúvidas, incertezas e desejo de se descobrir. Com ou sem hormônio, com ou sem cirurgia. O processo era maior que ele.

CAPÍTULO 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de encontros foi o fio condutor deste trabalho e permitiu estabelecer pontes entre a atenção psicossocial e o processo transexualizador, entre pessoas e suas experiências e uma profissional de saúde mental e entre pesquisadora e participantes da pesquisa.

Iniciei apresentando brevemente o contexto da pesquisa, os principais debates que ocorrem atualmente nos estudos de gênero e os atores envolvidos no campo para então, situar o lugar de onde a minha prática se orienta, o campo da atenção psicossocial, apresentando alguns preceitos que o sustentam e que me permitem mapear o trabalho da saúde mental no ambulatório do processo transexualizador.

Empreendi um esforço para lidar com este novo contexto profissional, lançando-me em um trabalho de desconstrução e reflexão de forma a produzir uma nova prática com os recursos e elementos que eu havia recebido de minha formação e experiências profissionais anteriores. Isto não se deu sem tensões e conflitos. Ao longo do meu percurso no ambulatório, comecei a participar de inúmeros eventos, congressos, mesas redondas, palestras e espaços de debate sobre temas relativos ao mundo LGBTQI em seus diversos aspectos: políticos, acadêmicos, sociais, clínicos. Chamava-me muito a atenção a potência das falas dos ativistas, as colocações em primeira pessoa, a postura ativa dos movimentos sociais em questionar, provocar incômodos necessários, desconstruir lugares de poder estabelecidos e apontar para preconceitos estruturais que mesmo as pessoas engajadas e “com as melhores intenções” também reproduzem.

Fiquei impressionada com a autonomia e protagonismo destes grupos. No campo da atenção psicossocial temos um cenário onde a participação social, apesar de ter avançado significativamente, ainda é tímida e necessita de certa tutela ou apoio dos serviços e profissionais do campo para se sustentar, de modo que acaba ficando ainda muito atrelada ao cotidiano do trabalho nos serviços onde usuários e profissionais compartilham as lutas e os espaços de representação.

Ao participar de debates e ouvir militantes e/ou ativistas dos movimentos sociais LGBTQI muitas vezes me percebi incomodada, acuada e até mesmo constrangida. Estes discursos colocavam o dedo na ferida da academia, do “cistema”, dos profissionais, principalmente da área médica e psi, forçando-me a um grande número de questionamentos. Sentia muitas vezes que não tinha o que falar, porque enquanto eu tentava compreender alguma coisa, ela já era rapidamente desconstruída e ressignificada. Fui conseguindo atravessar esse mal-estar ao perceber que era fundamental ouvir aquelas provocações, manter as perguntas, aceitar os deslocamentos e aguentar o tranco. Assim, fui construindo meu lugar de escuta e

aprendizado no sentido de entender que o conflito, a dissonância, podem ser necessários para romper com o instituído e provocar mudanças.

Como escutar sem falar em nome do outro, sem silenciar sua voz? Como fazer aparecer a riqueza e a beleza daquilo que ouvia no ambulatório e estava provocando em mim tantos reposicionamentos? Ouvir de forma passiva não produziria encontro, eu precisava buscar um tom que pudesse ter reverberações no outro. A escolha pela autoetnografia exigiu capacidade de questionamento e exposição, entrando em contato com o modo como a experiência do outro me tocava e me fazia ressignificar a minha história. Fiquei com certo receio, com dúvidas se conseguiria corresponder ao envolvimento que isto me demandaria, sem me dar conta de que eu já estava envolvida. Percebi, ao mesmo tempo, que, apesar de assumir o risco de certa vulnerabilidade e experimentar a ausência de controle sobre o modo como o leitor iria receber o texto, o fato de poder tocar o leitor em sua experiência, manteria viva a prática narrativa e convidaria a outras vivências e interpretações.

Ao longo do percurso, contei com os comentários precisos da minha orientadora para que eu me sentisse mais segura e situada e com as conversas com as/os participantes que me deram retorno e segurança em relação ao caminho metodológico escolhido. Em nosso segundo encontro, Alessandra me disse que achava que eu precisava colocar a minha voz no texto:

Se coloca no texto. Isso é nosso. Coloca como você me percebeu. O que eu lhe transmiti, o que você aprendeu comigo, que eu sei que não foi pouca coisa. O que você desconstruiu. Acho que você tem que colocar mais a sua visão a respeito da sua paciente.

Foram muitas experimentações até chegar ao formato apresentado. Leituras, releituras, edições, reorganizações, reflexões e percepções foram aparecendo ao longo do tempo e do processo. O trabalho de escrita se desenvolveu em paralelo ao trabalho clínico e isto muitas vezes dificultou o estabelecimento de uma distância necessária para o desenvolvimento do processo reflexivo. As histórias não paravam de me atravessar e de me contaminar!

No final do ano de 2018, comecei a preparar minha saída do ambulatório. Já havia me encontrado três vezes com Daniellie e dado por encerrada a escrita de sua narrativa, quando decidi incluir outros aspectos e fazer algumas mudanças. Como não nos encontrávamos com tanta frequência, trocamos e-mails onde falei sobre minha saída e pedi que revisasse a última versão do texto.

Olá Clarice!

Como vai?!

As informações/histórias/causos que lhe disponibilizei, são suas. Fique à vontade para formatá-las como precisar.

Farei a leitura do documento entre hoje/amanhã e lhe darei retorno.

Atenciosamente,

Daniellie

4.1 – Aproximações

Ao buscar aproximações entre as narrativas não tenho como intenção encontrar explicações ou generalizações que definam a experiência das pessoas entrevistadas. Trata-se de destacar elementos que ajudem a refletir sobre as histórias contadas naquilo que as alinhavam com o aspecto coletivo de se dizer trans, uma vez que a narrativa opera na interface do singular com o coletivo.

Poder perceber como cada um costura, monta seu mosaico, para fazer-se trans, a partir de experiências pessoais e sociais bem distintas. Daniellie e Alessandra são brancas e oriundas da classe média. Tiveram moradia própria, nível superior e uma vida pregressa onde puderam desfrutar de privilégios acessíveis aos seus corpos, quando ainda cisgêneros, masculinos, brancos e heterossexuais. Martim é negro, de classe popular, sem acesso a nível superior e a emprego formal. Seu corpo feminino, negro e lésbico durante a adolescência, foi marcado por violências e diversas formas de discriminação.

É possível perceber nas histórias a marcação de um ponto de virada, um momento em que os sujeitos tomaram uma decisão. Nas três narrativas, este ponto está ligado a experiências de perda e separação. Cada uma/um precisou se reinventar a seu modo buscando algum tipo de esteio, segurança e estabilidade assumindo uma identidade não inteiramente nova, mas que se organiza de forma inédita no caso de Daniellie, que emerge como salvação no caso de Alessandra e como afirmação para Martim.

Os elementos da história passada são revistos e ressignificados na narrativa para localizar vestígios que garantam o sentido de mesmidade, de continuidade existencial. Memórias e experiências individuais se articulam com outros textos produzidos no âmbito cultural para dar sustentação a algo que é ao mesmo tempo novo e conhecido, ou melhor, reconhecido.

A intertextualidade parece ter papel central na amarração desses elementos, como via de compartilhamento de narrativas e construção de si. Aquilo que cria liga entre os ingredientes,

produzindo algo novo. Ao oferecer uma pluralidade de possibilidades de identificação, cada uma/um a seu modo se constitui.

Neste sentido, podemos questionar se há um início ou um fim para a transição na medida em que estamos sempre sendo atravessados por contingências que precisamos assimilar, construindo outras narrativas para dar conta.

Alessandra, por exemplo, ao longo do processo, deslizou por diversas construções narrativas até encontrar um ponto de definição na identidade de sapatão. Seus encontros e interações com coletivos, grupos políticos, movimentos sociais, espaços acadêmicos forneceram elementos para que ela pudesse se reconhecer, juntamente com o trabalho que empreendeu na psicoterapia, onde ela mesma diz que “se entende falando”. Para Louro (2000), reconhecer-se numa identidade é uma questão pessoal e política e a comunidade funcionaria como lugar de acolhida e suporte, uma espécie de lar.

A comunidade LGBTQI no Canadá, para Daniellie, a militância política para Alessandra, a relação com alguns amigos, para Martim, demonstram a importância da rede afetiva de apoio durante o processo. O serviço e, mais especificamente, o atendimento em saúde mental, em algum momento se constituiu como mais um laço nesta rede propiciando uma transição compartilhada.

Transição que não se esgota no corpo ou mesmo na cristalização de uma posição identitária.

4.2 – Pistas para o estabelecimento de um cuidado integral em saúde

Tomando o desencontro narrado por Martim com a primeira profissional de saúde, percebo que este tipo de barreira ocorre de forma frequente. Ainda que suponhamos que a principal causa seja o preconceito e o estigma dos profissionais em relação aos corpos não normativos, é preciso questionar a função do atendimento especializado da política de saúde voltada à população trans. Ou seja, como deve ser a relação entre a atenção básica e especializada na oferta de um cuidado integral à saúde desta população.

A relação em nosso Estado atualmente se encerra no encaminhamento. Não foi fomentada ainda nenhuma política de articulação ou de compartilhamento do cuidado. Existem iniciativas a respeito e ações em algumas unidades de saúde para acolhimento de pessoas LGBTQI e acompanhamento de pessoas trans, sendo necessário organizar o trabalho em uma rede que funcione de forma ativa e ordenada. Nem todas as situações necessitam de um

especialista e a discussão sobre saúde da população trans precisa ser levada para atenção básica na construção de um caminho mais inclusivo.

Do lado dos centros especializados, o risco é a reprodução de um modelo ambulatorial clássico em saúde mental, que já sofreu diversas críticas no sentido de desconsiderar o conceito ampliado de saúde e produzir um cuidado isolado e pouco articulado com a rede de atenção à saúde e intersetorial. Passar do modelo biomédico e de atendimentos psicoterápicos individuais para o modelo da atenção psicossocial é um desafio que se coloca também para os ambulatórios da rede de saúde mental. O trabalho, mesmo numa equipe multiprofissional, ainda se dá de forma compartimentalizada e hierárquica, onde dificilmente há uma abertura para operar na lógica da clínica ampliada.

Existe um hiato entre a experiência de transição vivida pelas pessoas que nos procuram e a forma como conseguimos compreendê-la e pensá-la. As narrativas não acrescentam informações, elas dão acesso a outro ponto de vista sobre o vivido subjetivo no processo de transição de gênero. O esforço de fazer circular as narrativas produzidas nos espaços de atendimento pode ser um caminho para produzir fissuras nos conhecimentos estabelecidos e ampliar o repertório narrativo dos profissionais envolvidos no cuidado. Ao ocuparmos um lugar de escuta, colocando entre parênteses os protocolos e os saberes instituídos, abre-se um espaço para circulação de diferentes perspectivas e compartilhamentos de experiências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, Tony; JONES, Stacy; ELLIS, Caroline. *Autoethnography. Understanding qualitative research*. Oxford University Press, 2015.

ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. “Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil”. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latino-Americana*, n.14, p. 380-407. Ago. 2013

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*, vol 19, n.1, p.15-41. 2009.

_____; ZAIDHAFT, Sérgio; MURTA, Daniela. “Transexualidade: corpos, subjetividade e saúde coletiva”. *Psicologia & Sociedade*, v.20, n.1, p. 70-79. 2008

Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA). Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil 2017. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf> - acessado em 09/02/2019.

BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BENJAMIN, Walter. O Narrador. In: _____ *Magia e Técnica, Arte e Política - ensaios sobre literatura e história da cultura*. Obras escolhidas, volume I, 2ª edição, São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

BENTO, Berenice Alves de Melo. *O que é transexualidade?*. São Paulo: Brasiliense, 2008.

_____. *A Reinvenção do Corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. 2ª edição – Natal: EDUFRN, 2014

_____; PELÚCIO, Larissa. “Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas”. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 20(2): 569-581, maio-agosto/2012.

BEZERRA JUNIOR, B. C. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: SOUZA, Alicia Navarro; PITANGUY, Jacqueline. (Org.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

BORBA, Rodrigo. “Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais”. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latino-Americana*, n.17, p. 66-97. Ago. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.803 de 19 de novembro de 2013 que redefine e amplia o processo transexualizador no sistema único de saúde (SUS). Disponível: HTTP://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em 20/11/2015.

BRUNER, Jerome A Construção Narrativa da Realidade. *Critical Inquiry*, 18(1), 1991. pp. 1-21

- BUENO, Belmira. O método autobiográfico e os estudos com histórias de vida de professores: a questão da subjetividade. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.28, n.1, p. 11-30, jan./jun. 2002
- BUTLER, Judith. Desdiagnosticando Gênero. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [1]: 95-126, 2009
- CANÇADO, Maura Lopes. Hospício é Deus: Diário I. 5ª Ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015
- CARRARA, Sergio et al. *Material didático. Curso de Especialização em Gênero e Sexualidade v.6*. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, 2015.
- CARVALHO, Isabel Cristina Moura. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 9, n. 19, p. 283-302, julho de 2003.
- CASTEL, Pierre-Henri. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 21, nº 41, p. 77-111. 2001
- Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.482/1997. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1997. Seção 1, p. 20.944. *Autoriza a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários com o tratamento dos casos de transexualismo*. REVOGADA pela Resolução CFM nº 1652/2002.
- CORNEJO, Giancarlo. “La guerra declarada contra el niño afeminado: una autoetnografía queer”. *Iconos: Revista de Ciencias Sociales*, n. 39, p. 79-95, 2011
- COSTA-ROSA, Abílio O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo, org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168.
- DAS, Veena. Gênero e identidade: mapeando as questões. IN: JUNIOR, Brasílio Sallum et al. *Identidades*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2016, pp. 67-80.
- DIAS BARROS, Denise. *Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.
- ELLIS, Caroline. Heartful Autoethnography. *Qualitative health research*, Vol. 9 No. 5, September 1999, p.669-683
- ELLIS, Caroline; ADAMS, Tony; BOCHNER, Arthur. “Autoetnografia, um panorama”. *Astrolábio. Nueva Época* n. 14 2015.

ELLIS, Caroline; RAWICKI, Jerry. “Collaborative Witnessing of Survival During the Holocaust: An Exemplar of Relational Autoethnography”. *Qualitative Inquiry* 19(5) 2013. p366-380.

Hall, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. “Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3051-3060, 2011)

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In. Pinheiro, Roseni; Guljor, Ana Paula; Gomes, Aluisio; Mattos, Ruben Araújo de. (Org.). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, v. p. 137-154.

_____; MUÑOZ, Nuria Malajovich. Estratégias de intervenção em saúde mental. in Jorge, Marco Aurélio Soares; Carvalho, Maria Cecília de Araujo; Silva, Paulo Roberto Fagundes da. *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p.75-97.

_____; SERPA JUNIOR, Octavio. “Acesso à primeira pessoa na pesquisa em saúde mental”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(10): 2939-2948, 2013.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [1]: 43-63, 2009

LISBOA, Marcos José Alves. O conceito de identidade narrativa e a alteridade na Obra de Paul Ricoeur: aproximações. *Impulso*, Piracicaba • 23(56), 99-112, jan.-abr. 2013.

LOURO, Guacira Lopes. Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2001, vol.9, n.2, pp.541-553.

LOURO, Guacira Lopes. L. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5/[American Psychiatric Association; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento...et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli...[et al.]. – 5ª Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

MURTA, Daniela. Entre o “transexualismo verdadeiro” e a diversidade das experiências trans: uma discussão crítica sobre a produção da identidade transexual universal. In: ANDRADE DA SILVA, Daniela (et. al) (orgs). *Feminilidades: corpos e sexualidades em debate*. Rio de Janeiro, Eduerl, 2013

MUYLAERT, Camila Junqueira; SARUBBI JR., Vicente; GALLO, Paulo Rogério; ROLIM NETO, Modesto Leite; REIS, Alberto Olavo Advincula. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa -. *Rev Esc Enferm, USP* 2014; 48(Esp2):193-199 www.ee.usp.br/reeusp/

OLIVEIRA, Marcos de Jesus. “Uma Etnografia sobre o Atendimento Psicoterapêutico a Transexuais”. *Estudos Feministas*, v.22 n.3 p.839-862, set./dez. 2014.

PINTO, Nuno; MOLEIRO, Carla. “As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: perspectivas de profissionais de saúde e utentes”. *Psicologia*, v.XXVI, n.1, p. 129-151. 2012

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Linha de ação para a atenção ambulatorial em saúde mental. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <https://saudementalcap10.files.wordpress.com/2017/04/linhas-de-ac3a7c3a3o-versao-26-dez-2016.pdf>. Acessado em 10/04/2019

ROSSI, Amanda - 'Monstro, prostituta, bichinha': como a Justiça condenou a 1ª cirurgia de mudança de sexo do Brasil e sentenciou médico à prisão - Da BBC Brasil em São Paulo - 28 março 2018 - <https://www.bbc.com/portuguese/geral-43561187> (reportagem)

SERPA JR., Octavio Domont. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de *O normal e o patológico*, de Georges Canguilhem. *Psicologia Clínica* (PUC/RJ) v. 15, n. 1, p. 121-135, 2003.

_____ et al. Relatos de experiências em recovery: usuários como tutores, familiares como cuidadores/pesquisadores e efeitos destas práticas em docentes e pesquisadores em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.9, n.21, p.250-270, 2017

SCHMIDT, Moema Belloni; FIGUEIREDO, Ana Cristina. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em Saúde Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, mar. 2009.

STANGHELLINI, Giovanni; ROSFORT, René. *Emotions and personhood: exploring fragility—making sense of vulnerability*. Oxford: Oxford University Press, 2013.

TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. *Dispositivos de dor: saberes-poderes que (com)formam as transexualidades*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2013.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRINDADE, Mably - *Aspectos históricos do processo transexualizador no Rio de Janeiro*. 1. ed. - Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

TURATO, Egberto Ribeiro. “Introdução à metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa Definição e principais características”. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol. 2, num. 1, jan/jun, 2000, PP. 93-108.

VERGUEIRO, Viviane. *Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Salvador, 2015.

VERSIANI, Daniela Gianna Claudia Beccaccia. *Autoetnografias: conceitos alternativos em construção*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2005.

_____. “Autoetnografia: uma alternativa conceitual”. *Letras de hoje*, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 57-72, dezembro, 2002.

VERTZMAN, Julio, CAVALCANTI, Maria Tavares, SERPA JR, Octavio. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, p. 71-90, 1992.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

WPATH. *Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero*. 7ª versão, 2012. Disponível em: www.wpath.org

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 32. n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008

ANEXO I

ROTEIRO

Roteiro de Entrevista Não Estruturada:

O roteiro apresentado consta apenas de temas que servirão de guias para nortear a entrevista e orientar a conversa.

Pergunta disparadora da conversa: Quando começou seu processo de descoberta e transição de gênero e como foi?

1. Como você chegou até o ambulatório?
2. Como tem sido a sua experiência?
3. Quais dificuldades têm enfrentado?
4. Como sua família ou pessoas próximas têm lidado com a sua transição?
5. Contou com algum apoio que considerou fundamental? Como foi?
6. Como você se sente hoje em relação ao seu processo de transição de gênero?
7. Teve ou ainda tem dúvidas em relação a sua decisão?
8. O que você diria a alguém que está iniciando o processo de transição?
9. Você considera que o acompanhamento em saúde mental é importante? De que forma?
Caso contrário, como acha que este poderia se tornar mais proveitoso?
10. Você acha que o seu processo de transição de gênero estará concluído algum dia? Por quê?

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: A experiência de pessoas no processo transexualizador do SUS e a construção de narrativas pessoais sobre identidade de gênero

Instituições responsáveis pela pesquisa: Universidade Federal do Rio de Janeiro IPUB/UFRJ e Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione - IEDE

Pesquisadora: Clarice Cezar Cabral – psicóloga do IEDE e aluna do Mestrado em Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ. Telefone de contato: (21) 98725-8222. Email: clacabral@hotmail.com

Professora Orientadora: Nuria Malajovich Munoz – Telefone de contato: (21) 99254-0045. Email: nuriamalajovich@gmail.com

Contato do comitê de ética em pesquisa do IPUB/UFRJ – Av. Venceslau Brás, 71 –fundos-Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. Tel: (21) **3938-5510**

Convidamos você a participar voluntariamente de um estudo que tem como finalidade conhecer a vivência de pessoas que experimentam um conflito de identidade de gênero e refletir sobre a prática em saúde mental realizada no ambulatório de disforia de gênero do IEDE. As informações obtidas neste estudo poderão ser úteis para aumentar o saber sobre a experiência da transexualidade e sobre o papel do profissional de saúde mental nas equipes multiprofissionais dos serviços que atendem a essa população.

Para que este estudo se concretize e possa trazer benefícios para as diversas pessoas que, assim como você, estão sendo acompanhadas em algum serviço do Processo Transexualizador do SUS, vamos solicitar que você nos conceda uma entrevista, contando-nos sobre a sua experiência pessoal acerca da transição de gênero pela qual está passando.

Alertamos sobre a possibilidade de haver desconfortos e riscos decorrentes do estudo, pois eles são inerentes ao ato da entrevista. Pode haver, por exemplo, mal-estar subjetivo por estar abordando temas delicados ligados ao gênero e à sexualidade. Para reduzir o risco, a entrevista será realizada, unicamente pela pesquisadora Clarice Cezar Cabral, psicóloga do ambulatório de disforia de gênero do IEDE. A pesquisadora se compromete a estar sempre disponível para responder perguntas e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa, além de prestar assistência e apoio se necessário, oferecendo consultas extras ambulatoriais. Caso o entrevistado preferir, ele poderá ser acolhido e acompanhado por outro psicólogo que também atende neste ambulatório. Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento:

- Sua participação na pesquisa é voluntária.
- Você poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser, antes, durante e depois da realização da entrevista. Também poderá retirar este consentimento e solicitar a sua retirada da pesquisa, sem ter que dar nenhuma explicação. Sua desistência poderá ocorrer em qualquer momento da coleta de dados, sem qualquer risco de penalização.

- Sua participação no estudo não implicará custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação, a não ser que seja necessário realizar algum encontro fora dos dias de consulta. Neste caso a pesquisadora se compromete a ressarcir os custos com passagem e alimentação.
- Seus dados pessoais serão mantidos em anonimato, ou seja, será mantido o sigilo sobre o seu nome assim como o nome de todas as pessoas que porventura sejam citados. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.
- As entrevistas serão individuais e realizadas no IEDE em dia e horário de sua conveniência, e durarão o tempo que for necessário para que você conte sua história da forma que se sentir mais à vontade. Elas serão gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora do projeto. O material transcrito será submetido ao entrevistado para que realize os ajustes que julgar necessários, em até 3 encontros posteriores.
- O material das entrevistas ficará sob a minha guarda e será armazenado em local seguro, sendo usado apenas para fins de pesquisa.
- As informações fornecidas serão analisadas junto com as de outros entrevistados nesta pesquisa, sempre garantindo o sigilo e anonimato de todos os participantes, conforme as normas éticas da Resolução 466 de 2012.
- Os resultados da pesquisa serão divulgados através de artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.
- Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Aprovação do sujeito de pesquisa.

Eu, _____, brasileiro (a),
 identidade nº _____, declaro ter lido o documento e ter sido claramente
 informado (a) pela pesquisadora acerca da pesquisa na qual serei incluído (a), e ter recebido
 respostas claras a todas as perguntas que fiz.

Rio de Janeiro, _____.

Telefone: _____

 Assinatura do (a) participante

Este documento é assinado em duas vias de igual teor.

Confirmo ter dado todas as explicações ao (à) participante sobre os objetivos, o tipo e os riscos inerentes ao estudo.

 Assinatura da pesquisadora