



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**



IVONEIDE LUCENA PEREIRA

**A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SISTÊMICA: CONTRIBUIÇÕES
PARA OS COTIDIANOS DE PAIS E MÃES DE PESSOAS TRANSEXUAIS**

**JOÃO PESSOA
2021**

IVONEIDE LUCENA PEREIRA

**A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SISTÊMICA: CONTRIBUIÇÕES
PARA OS COTIDIANOS DE PAIS E MÃES DE PESSOAS TRANSEXUAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - PPGENF/UFPB, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem - **Área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Sexualidade: dinâmicas, dimensões e intersubjetividade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Sandra Aparecida de Almeida.

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a. Anna Luiza Castro Gomes.

JOÃO PESSOA
2021

Catálogo na publicação Seção de

P436t Pereira, Ivoneide Lucena.

A terapia comunitária integrativa sistêmica : contribuições para os cotidianos de pais e mães de pessoas transexuais / Ivoneide Lucena Pereira. - João Pessoa, 2021.

128 f. : il.

Orientação: Sandra Aparecida de Almeida. Coorientação:

Anna Luiza Castro Gomes.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Trabalho terapêutico. 2. Terapias complementares. 3. Pessoas transgênero. 4. Poder familiar. I. Almeida, Sandra Aparecida de. II. Gomes, Anna Luiza Castro. III. Título.

UFPB/BC

CDU 364-785(043)

Catálogo e Classificação

Elaborado por WALQUELINE DA SILVA ARAUJO - CRB-15/514

IVONEIDE LUCENA PEREIRA

**A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SISTÊMICA: CONTRIBUIÇÕES
PARA OS COTIDIANOS DE PAIS E MÃES DE PESSOAS TRANSEXUAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - PPGENF/UFPB, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem – **Área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde

Aprovada em ____ de _____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Aparecida de Almeida - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGEnf)

Prof. Dr. José Andrade Costa Filho – Membro externo titular
(Universidade Estadual da Paraíba – UEPB/Psicologia)

Prof^ª. Dr^ª. Anna Luiza Castro Gomes – Membro externo titular
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB/DESC/CCS)

Prof^ª. Dr^ª. Luana Rodrigues de Almeida – Membro externo titular
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB/DESC/CCS)

Prof^ª. Dr^ª. Jordana de Almeida Nogueira – Membro interno titular
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGEnf)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Djair Dias – Membro interno suplente
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGEnf)

Prof^ª. Dr^ª. Rafaela Gerbasi Nóbrega -Membro Externo Suplente
(Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ)

DEDICATÓRIA

Às famílias...

À minha,

Pelos ensinamentos com atitudes e pelo amor incondicional sempre dispensado.

Às que fizeram parte deste estudo,

Pela confiança, disponibilidade e por me permitirem conhecer e vivenciar um pouco das histórias de vida de vocês.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a **Deus**, pelo dom da vida, pela presença constante, pela proteção e pelo cuidado, pelos sinais sempre presentes em minha rotina diária;

Aos meus pais, **Secero Pereira e Ivanilda Lucena Pereira**, gratidão pelos ensinamentos de vida, por terem me apresentado o amor, a humildade, o bom caráter, a honestidade e o respeito;

A minha parceira de vida, **Sílvia R.R. Leite**, pela compreensão, pelo amor e pelo apoio incondicional em tudo que faço;

A minha amiga **Lolita Rodrigues** (Lola) pela companhia e parceria nesses últimos 05 anos morando em João Pessoa.

Às minhas irmãs, **Maria e Iara**, que sempre me incentivaram, acreditaram em mim e compreenderam minhas ausências presenciais em momentos importantes de suas vidas;

Ao meu irmão **Sandro**, pelo exemplo dado desde criança, sempre em busca de novos conhecimentos;

Aos meus sobrinhos e sobrinha **Ricardo, Laura, Heitor e Eduardo**, pela energia renovada sempre;

À minha orientadora, a Professora **Dr^a Sandra Aparecida de Almeida**, por apostar em mim, pelo aprendizado, pelas palavras de estímulo de sempre, pelos sorrisos, por permitir meus desabafos e por me acolher sempre. Minha total admiração e carinho;

A minha coorientadora, **Dr^a Anna Luiza Castro Gomes**, por me ensinar que o olhar técnico pode caminhar junto com a sensibilidade e a humanidade;

Aos/às outros/as professores doutores que compuseram a banca avaliadora, **Dr José Andrade, Dr^a Jordana Nogueira e Dr^a Luana Rodrigues de Almeida**, pela disponibilidade, pelo cuidado, pela atenção e pelas contribuições para o relatório final de tese;

A todos os **professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal da Paraíba, que acolheram essa psicóloga que se deixou ser fisgada pela Enfermagem;

Aos/às **amigos/as da turma de Doutorado**, que me permitiram ampliar minha rede de amigos/as, em especial, Édija Anália e Renata Olívia;

A **Vilena**, pela grande parceria que construímos nesses anos de pesquisa;

À **Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba**, que me permitiu cursar o Doutorado paralelamente ao meu cargo na gestão;

Aos **familiares e participantes das rodas de TCI**, protagonistas nesse palco da vida, com quem dividimos muitos momentos marcantes, muito amor, muitas sabedorias, agradeço pela confiança e por terem topado estar comigo nessa empreitada. Sem vocês, nada disso teria sido possível;

À direção do **Complexo Hospitalar Clementino Fraga e do Ambulatório TT da Paraíba**, em nome de **Sérgio Araújo** (Gerente do Ambulatório TT) que não só acolheu a proposta de pesquisa, como também atuou nas rodas de TCIS enquanto coterapeuta;

Muito obrigada!

“Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. A acomodação em mim é apenas caminho para a inserção, que implica decisão, escolha, intervenção na realidade”.

Paulo Freire - Pedagogia da autonomia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Relações entre pesquisa-ação.....	44
Ilustração 2 – Os passos de um projeto de Pesquisa-ação.....	47
Ilustração 3 – Fachada do Ambulatório TT.....	48

LISTRA DE QUADROS

Quadro 1 - Rodas utilizadas na pesquisa e seus temas	55
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
APROS -PB	Associação das Prostitutas da Paraíba
CA	Centro Acadêmico
DMS	Manual de Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais
GAV	Grupo de Apoio à Vida
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HV	Hepatites virais
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBTT	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, assexuado/a e +
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
ONG	Organização não Governamental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de conclusão de curso
TT	Travestis e transexuais
TCIS	Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica

PEREIRA, I. L. **A terapia comunitária integrativa sistêmica: contribuições para os cotidianos de pais e mães de pessoas transexuais** 2021. 128 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

RESUMO

Introdução: A Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica (TCIS) é um espaço que oportuniza a construção de vínculos, apoio emocional e inclusão, que resultam em verdadeiros encontros favorecedores de habilidades e capacidades de resiliência individual e grupal, com a finalidade de promover saúde e prevenir o adoecimento enquanto estratégia de cuidado ampliado para pais e mães de pessoas transexuais. **Objetivos:** Realizar TCIS para pais e mães de pessoas transexuais atendidas no Ambulatório de Travestis e Transexuais, identificar as situações de sofrimento e incômodo para familiares de pessoas atendidas no ambulatório e analisar as contribuições da TCIS para o enfrentamento das dificuldades cotidianas experienciadas por pais e mães de pessoas transexuais atendidas no Ambulatório TT da Paraíba. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, em que se utilizou o método da pesquisa-ação. O material empírico foi produzido através da implantação e da realização de 11 rodas de TCIS no Ambulatório TT da Paraíba. A amostra foi composta de 11 pais e mães cujos/as filhos/as eram acompanhados/as no referido ambulatório. As rodas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2019 a março de 2020. Foram utilizados a técnica de análise de conteúdo, os registros e as impressões apontadas no caderno de campo, as gravações e as transcrições das rodas de TCIS, além da própria TCIS. A pesquisa obedeceu aos princípios éticos regidos pela Resolução 466/12 e foi realizada com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências e da Saúde (CCS), com o nº do CAAE 18787419.50000.5188 e do parecer 3.715.700. **Resultados:** A pesquisa revelou diversas preocupações, medos, dores e sofrimentos presentes no cotidiano de pais e mães de pessoas transexuais. A TCIS oportunizou um espaço de proteção e de acolhimento para os/as participantes, facilitou a compreensão do sofrimento experienciado pelos/as pais e mães e contribuiu para que ressignificassem o sofrimento com a ampliação de conhecimentos, colocando em prática potencialidades internas como a resiliência. **Considerações finais:** A TCIS é uma estratégia de saúde potente, que oportunizou o fortalecimento de vínculos, a acolhida, o respeito e o cuidado ampliado dos/as participantes da pesquisa voltados para seus cotidianos em relação à transexualidade, o que resultou na ampliação de olhares, ressignificações e mudanças de atitudes perante a vida. Para isso, é necessário criar Políticas Públicas que valorizem os pais e as mães de pessoas transexuais, desencadeando formas mais eficientes de ampliar o cuidado integral para com as pessoas que acompanham o processo transexualizador de seus/as filhos/as.

Palavras-chave: Terapias complementares. Poder familiar. Pessoas transgênero.

ABSTRACT

Introduction: Systemic Integrative Community Therapy (STCT) is a space that provides opportunities for bond building, emotional support and inclusion, resulting in true meetings that favor individual and group resilience skills and abilities. With the purpose of health promotion and disease prevention as an extended care strategy for fathers and mothers of transgender people. **Objectives:** Carry out TCIS for fathers and mothers of transsexual people treated at the transvestites and transsexuals Outpatient Clinic, identify the situations of suffering and discomfort for family members of people attended at the outpatient clinic and analyze TCIS contributions to face the daily difficulties experienced by fathers and mothers of transsexual people attended at the Paraíba TT Clinic. **Method:** This is a field research with a qualitative approach that used the action research method, the empirical material was produced through the implantation and performance of 11 STCT wheels in the TT outpatient clinic of Paraíba, being part of the composition of the participants 11 fathers and mothers who had their children being followed up in the TT outpatient clinic, the conversation cycles were performed between December 2019 and March 2020. The content analysis technique was used, using the records and impressions pointed out. in the field notebook, the recordings, and subsequent transcriptions of the STCT wheels, in addition to the STCT itself. The research complied with the ethical principles governed by Resolution 466/12 and was carried out. with the approval of the Research Ethics Committee (CEP) of the Center for Science and Health (CSH), with the N° of the CAAE 18787419.50000.5188 and N° of the opinion 3, 715, 700. **Results:** The research revealed the presence of several concerns, fears, pains and sufferings present in the daily lives of fathers and mothers of transsexual people, the STCT has allowed a protected and welcoming space for the participants, the study also revealed that the STCT facilitated the understanding of the sufferings experienced by fathers and mothers and made them able to resignify these sufferings through the expansion of knowledge and also putting into practice internal potentials such as resilience. **Final notes:** The STCT it is a potent health strategy, which made it possible to strengthen bonds, welcome, respect and expanded care of the research participants focused on their daily lives in relation to transsexuality, which resulted in the expansion of looks, resignifications and changes in attitudes towards life. For this, it is necessary to create Public Policies that value the fathers and mothers of transgender people, unleashing more efficient ways of expanding comprehensive care for the people who accompany the transsexualizing process of their children.

Keywords: Complementary therapies. Parenting. Transgender people.

RESUMEN

Introducción La Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica (TCIS) es un espacio que brinda la oportunidad de construir vínculos, apoyo emocional e inclusión, que resultan en verdaderos encuentros que favorecen habilidades y capacidades de resiliencia individual y grupal, con el propósito de promover la salud y prevenir enfermedades al mismo tiempo. estrategia de atención ampliada para padres y madres de personas transgénero. **Objetivos:** Realizar TCIS para padres y madres de personas transexuales atendidas en el Ambulatorio travestis y transexuales, identificar las situaciones de sufrimiento y malestar de los familiares de las personas atendidas en el ambulatorio y analizar los aportes del TCIS para afrontar las dificultades diarias que viven los padres y madres de personas transexuales atendidas en la Clínica TT de Paraíba. **Método:** Esta es una investigación de campo con un enfoque cualitativo que utilizó el método de investigación de acción, el material empírico se produjo a través de la implantación y el rendimiento de 11 ciclos de conversación TCIS en la clínica ambulatoria TT de Paraíba, siendo parte de la composición de los participantes 11 padres y madres que tuvieron a sus hijos siendo seguidos en la clínica ambulatoria TT, las ruedas se llevaron a cabo entre diciembre de 2019 y marzo de 2020. Se utilizó la técnica de análisis de contenido, utilizando los registros e impresiones señalados en el cuaderno de campo, las grabaciones y posteriores transcripciones de los ciclos de conversación TCIS, además del propio TCIS. La investigación cumplió con los principios éticos regidos por la Resolución 466/12 y se llevó a cabo con la aprobación del Comité de ética de la investigación (CEP) del Centro para la Ciencia y la Salud (CCS), con el N° de la CAAE 18787419.50000.5188 y N° de la opinión 3.715.700. **Resultados:** La investigación reveló la presencia de varias preocupaciones, temores, dolores y sufrimientos presentes en la vida cotidiana de padres y madres de personas transexuales, el TCIS ha permitido un espacio protegido y acogedor para los participantes, el estudio también reveló que el TCIS facilitaron la comprensión de los sufrimientos experimentados por los padres y las madres y también los hicieron capaces de renunciar a estos sufrimientos a través de la expansión del conocimiento y también poniendo en práctica potenciales internos como la resiliencia. **Conclusiones:** El TCIS se trata de una potente estrategia de salud, que permitió estrechar lazos, acoger, respetar y ampliar la atención de los participantes de la investigación enfocada en su cotidianidad en relación a la transexualidad, lo que resultó en la expansión de visiones, resignificaciones y cambios de actitudes frente a la vida. Para ello, es necesario crear Políticas Públicas que valoren a los padres y madres de personas trans, desatando formas más eficientes de ampliar la atención integral a las personas que acompañan el proceso de transexualización de sus hijos.

Palabras clave: Terapias Complementarias. Responsabilidad parental. Personas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 APRESENTAÇÃO: EU, MEUS CAMINHOS E A PESQUISA	12
1.2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO	14
1.3 OBJETIVOS	20
2 APORTE TEÓRICO E CONCEITUAL	21
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E TRANSEXUALIDADES: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO	21
2.2 A FAMÍLIA NA PERSPECTIVA SISTÊMICA	22
2.3 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SISTÊMICA E O CUIDADO AMPLIADO NO AMBULATÓRIO TT DA PARAÍBA	34
3 MÉTODO	44
3.1 TIPO DE ESTUDO	44
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	48
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	48
3.4 COLETA DE MATERIAL EMPÍRICO	50
3.5 PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	50
3.5.1 Etapas da TCIS	50
3.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	53
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	54
4 ANÁLISES E DISCUSSÕES	55
4.1 DISCUSSÕES SOBRE AS CATEGORIAS	55
4.1.1 Categoria 1: Os cotidianos de pais e mães de pessoas transexuais	56
4.1.2 Categoria 2: Contribuições e estratégias de superação das rodas de TCI para a vida de pais e mães de pessoas transexuais	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICE A	120
ANEXO I	122
ANEXO II	125
ANEXO III	126

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO: EU, MEUS CAMINHOS E A PESQUISA

“O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito do mundo é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão” (João Guimarães Rosa).

Desde os 15 anos de idade, envolvi-me diretamente em ações sociais para os cuidados em saúde. Na Pastoral da Criança, acompanhava o crescimento de crianças carentes, sua alimentação e nutrição, pesava a multimistura e oferecia às de baixo do peso. Aos 16 anos, filiei-me a um partido político de esquerda e iniciei minha vida em uma Organização não Governamental (ONG) como voluntária. Fui militante secundarista estudantil, e na graduação não foi diferente, atuei como presidente do Centro Acadêmico (CA) do Curso de Psicologia na Universidade Estadual da Paraíba. Nunca fui de ficar quieta, parada, só observando.

Minha aproximação com o tema transexualidade vem de muitos anos, antes mesmo de cursar a Graduação em Psicologia. Foi desde a época em que era voluntária de uma Organização Não Governamental (ONG/Aids) - Grupo de Apoio à Vida (GAV) - e trabalhava diretamente com travestis e transexuais na prevenção às IST/HIV/Aids. Na época, a Aids manifestava-se com mais incidência nas populações de homossexuais, travestis e transexuais, cuja maioria atuava como profissionais do sexo. Anos depois, ingressei no Curso de Psicologia e passei a fazer parte do Projeto P4 (um projeto de prevenção para as profissionais do sexo e seus parceiros), desenvolvido pelo GAV, e da Associação das Prostitutas da Paraíba (APROS-PB). Fazíamos visitas à noite e nas madrugadas aos cabarês de Campina Grande, onde proferíamos palestras, oferecíamos insumos de prevenção, material informativo e o endereço da ONG para ajuda psicológica e assessoria jurídica. No decorrer de toda a graduação, sempre pesquisei sobre esse campo e, inevitavelmente, meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi voltado para a temática HIV/aids, a adesão aos antirretrovirais e as Políticas Públicas.

Anos mais tarde, passei a fazer parte da Gestão Municipal de João Pessoa como chefe de Núcleo da Política de HIV/Aids e, depois, atuei como Diretora Geral do Distrito Sanitário IV de João Pessoa e Diretora do Centro de Atenção Integral em Saúde - CAIS do Cristo. Nesse período, fiz o Curso de Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica e me tornei uma terapeuta

comunitária. Em 2011, fui convidada para atuar na Gestão Estadual de Saúde da Paraíba como Gerente Operacional das IST/HIV/Aids/HV, cargo que exerço há 10 anos.

Esses cargos me proporcionaram uma reaproximação com essa população e passei a presidir o Comitê Estadual de Saúde Integral da População LGBTT (Lésbica, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais) da Paraíba. O estado da Paraíba tem diversas ONGs atuantes que representam essa população. A primeira reunião do comitê originou a necessidade de implantar o primeiro Ambulatório para Travestis e Transexuais da Paraíba. Essa demanda foi concretizada seis meses depois da implantação do comitê (inaugurado em 24 julho de 2013). O ambulatório foi implantado para uma demanda inicialmente pequena e, com o passar dos meses, a procura foi aumentando consideravelmente, com usuários/as oriundos/as da Paraíba e de outros estados do Brasil.

Meu vínculo com esse tema cresce a cada ano. Há duas décadas, convivo com pessoas transexuais em diferentes cenários, cotidianos diversos e adversos. No início, eu só as encontrava nas “quebradas” da noite e da madrugada, à luz negra. Hoje, encontro-as nos serviços de saúde, em reuniões de planejamento de ações governamentais (no Comitê de Saúde Integral LGBTT e no Conselho de Direitos LGBTT), onde sou conselheira titular e, à luz do dia, em serviços de saúde, abrindo prontuários com nome social e cartão SUS em mãos. Mas o que ainda não mudou foram as histórias de vida marcadas pela violência social, pelo preconceito, pelos olhares de reprovação da sociedade e pela violação de direitos - falta de acesso à saúde, à educação e ao trabalho digno em vários municípios. Sabemos que muitos caminhos temos ainda a percorrer.

Nesse contexto as pessoas transexuais são bastante vulneráveis, no que diz respeito às questões sociais, à saúde e à segurança, dentro de casa e fora dela. As políticas públicas necessitam dialogar com a realidade vivenciada por essa população.

Sou uma pessoa implicada na construção de novos caminhos, pois, desde que assumi a gestão da coordenação das IST/HIV/Aids/HV do estado da Paraíba, há uma década, minha equipe e eu percebemos que poderíamos realizar discussões sobre cuidados ampliados voltados não só para as pessoas com HIV/Aids, mas também para a saúde integral da população LGBTT, a fim de que passe a ter visibilidade e direitos como cidadãos deste país, quebrando as barreiras do acesso aos serviços ofertados pelo Estado, contrariando a cultura local, objetivando colocar em prática o princípio da equidade, o fortalecimento de valores, da atenção integral, do direito à saúde, da democracia e da justiça social.

Então, considerando esses aspectos abordados, minha pesquisa atual não poderia migrar para outros caminhos. A travessia continua.

1.2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

A transexualidade faz parte da literatura psiquiátrica desde o Século XIX. Autores como Von Krafft-Ebing (1840-1902) e Magnus Hirschfeld (1868-1935) mostraram que a primeira intervenção terapêutica foi a cirurgia do ex-soldado do Exército americano, George Jorgensen, realizada por Christian Hambúrguer, em 1952, na Dinamarca (FRIGNET, 2002).

Desde 1993, pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as pessoas transexuais são consideradas como portadoras de um transtorno de identidade sexual (OMS, 1993). No período de 1994 a 2013, o Manual de Diagnóstico e Estatístico das Desordens mentais (DSM IV) referiu-se às pessoas transexuais como as que têm um transtorno de identidade de gênero, categoria que foi substituída em 2014 por disforia de gênero (APA, 2013). Em junho de 2018, mais uma modificação foi feita. Dessa vez, a transexualidade, que se encontrava na categoria de distúrbios mentais, passou a fazer parte de uma nova categoria denominada de saúde sexual. Com essa mudança, a OMS manteve a transexualidade dentro da classificação para que uma pessoa possa obter ajuda médica se assim desejar, já que, em muitos países, o sistema sanitário público ou privado não reembolsa o tratamento se o diagnóstico não estiver na lista (OMS, 2018).

A continuidade de classificação da transexualidade como uma disforia comprova o quão longo é o caminho para desconstruir e compreender as identidades transexuais, o que evidencia que a lógica do sexo é compreendida como um dado biológico, em que a normalidade se dá a partir do elo entre o sexo e o gênero. Essa normatividade presente é a que exclui, marginaliza e torna patológica essa condição, em que os indivíduos não conseguem se sentir parte de um padrão legitimado pela sociedade. Todas as críticas ao processo patologizante têm como base o fortalecimento das diferenças e a subversão dos discursos hegemônicos e transfóbicos (LATTANZIO; RIBEIRO, 2017; MISKOLCI, 2009).

Cabe esclarecer que os termos “sexo” e “gênero” são de áreas distintas. O surgimento do termo gênero deve-se à relevância dos papéis desempenhados na sociedade em relação ao sexo com o qual o sujeito se identifica. Nesse sentido, a disforia de gênero é considerada uma classificação do sofrimento que acomete essas pessoas e que se trata de um problema clínico, e não, relacionado à identidade própria do indivíduo (ÁRAN, 2006).

A pessoa é considerada transexual quando apresenta o desejo de viver e de ser aceita como do gênero oposto. Esse desejo é acompanhado de diversos sentimentos e sensações de mal-estar, pelo fato de não se adaptarem ao seu sexo anatômico. Na maioria das vezes, sentem a necessidade de se submeter às intervenções cirúrgicas e/ou hormonais, com o intuito de tornar

seu corpo em conformidade com o gênero vivido, percebido, sentido e desejado (COELHO, 2014).

É importante salientar que, entre as pessoas transexuais (varia de pessoa para pessoa), existe um grau de insatisfação com o próprio corpo, e elas sentem a necessidade de fazer possíveis modificações corporais.

Essa disforia de gênero mostra no discurso social comum atitudes desrespeitosas, conforme aponta Coelho (2014, p. 140): “Não é raro que também ocorram atitudes discriminatórias diante das pessoas transexuais, motivadas por sentimentos de estranhamento”.

A discriminação, o preconceito e a violência contra os *gays*, as lésbicas e as pessoas bissexuais restringem os direitos básicos de cidadania. Para transexuais e travestis, esses preconceitos e violências são agravados ainda mais, em virtude da maneira de ser, de agir e expressar-se, uma vez que estão em nítida dissonância com as normas de gênero e não passam incólumes por não se conformarem com a “pedagogia do armário” (JUNQUEIRA, 2010, p. 06).

A violência é uma forma de manifestar as tensões da sociedade, que envolve diversas dimensões da experiência humana. A contemporaneidade apresenta fenômenos de causas emergentes e presentes no debate público que englobam diversas áreas da sociedade, e a da saúde é uma das mais afetadas (MINAYO, 1994; 2006). A noção de violência para a saúde coletiva recebe um olhar abrangente e é compreendida como um conjunto de ameaças em potencial, com possibilidades de uso da força física, de abusos, opressão e abandono por parte da sociedade para com os segmentos populacionais vulneráveis (MINAYO, 1994).

Outras formas de violência contra as pessoas transexuais são as interpessoais ou simbólicas, que se materializam por meio de preconceito e de “percepções mentais negativas em face de indivíduos e de grupos socialmente inferiorizados, bem como as representações sociais conectadas a tais percepções” (RIOS, 2007, p. 27). Discriminar significa “materializar, no plano concreto das relações sociais, atitudes arbitrárias, comissivas ou omissivas relacionadas ao preconceito” (RIOS, 2007, p. 28).

No Brasil, a partir de 2012, iniciou-se a divulgação dos dados oficiais sobre as violações de Direitos Humanos da população LGBTT, por meio do Relatório sobre Violência Homofóbica. Os dados se referiam aos anos de 2011 e 2012 e apontavam o aumento do número de homicídios de pessoas LGBTT no Brasil, que aumentou os casos para 11, 51%. Esse relatório ainda apontou que travestis e transexuais continuavam sendo as maiores vítimas de violência homofóbica e das violências mais graves, como homicídios e lesões corporais (BRASIL, 2012).

Segundo o Grupo *Gay* da Bahia – GGB, houve um aumento de 30% de mortes por assassinato e suicídio do ano de 2016 para o ano de 2017, que passou de 343 para 445. No

Brasil, a cada 19 horas uma pessoa LGBTTT é assassinada ou se suicida vítima de LGBTfobia. Por causa disso, nosso país se tornou o campeão mundial de crimes contra as minorias sexuais. Os números são alarmantes a cada ano e passaram de 130 óbitos, no ano de 2000, para 445, em 2017 (GGB, 2017).

O Ministério da Saúde compreende que todas as formas de discriminação, como a homofobia, por exemplo, “devem ser consideradas como fatores impulsionadores na produção de doenças e sofrimento” (BRASIL, 2008a, p. 570). Segundo os estudos de Miskolci (2011), de Peres (2010) e de Sampaio e Germano (2014), seria exatamente essa a problemática das políticas públicas para a população LGBTTT, e o desafio é de possibilitar a observação e a consideração da subjetividade dos indivíduos não normativos, e não mais, controlar e policiar os corpos e a identidades. Para Miskolci (2010),

Neste novo contexto, o dispositivo histórico da sexualidade passou por uma inflexão que reforçou a imposição da heteronormatividade, um conjunto de instituições, estruturas de compreensão e orientação prática que se apoiam na heterossexualidade mantendo sua hegemonia por meio da subalternização de outras sexualidades, às quais impõe seu modelo (MISKOLCI, 2010, p. 50).

As pessoas transexuais são culpabilizadas pela patologização da sexualidade, uma vez que não se enquadram no que é apresentado como possibilidade de ser. As transexualidades são repletas de poderes questionadores e apresentam a fluidez dos gêneros, concretizada na roupa, no tipo de maquiagem, no corte de cabelo e no gestual. As subjetividades transexuais evidenciam que o gênero não é um sistema dado e que existem outras possibilidades de se nascer homem ou mulher (SAMPAIO, COELHO, 2012).

É importante ressaltar o caráter plural das transexualidades, como também as demais sexualidades, essas, envolvem múltiplas experiências e compreensões sociais e políticas, uma vez que a aceitação das mesmas, estão diretamente associadas à cultura e aos sujeitos que estão inseridos na sociedade (VIEIRA, SAMPAIO, 2014, p. 21).

No que se refere ao cuidado dessas pessoas, Ceccarelli (2008a) aponta que é indispensável uma análise da história de cada sujeito, com a intenção de promover um bom acompanhamento psicológico, cirúrgico e outras intervenções necessárias a partir das possibilidades individuais, respeitando-se o tempo e o interesse de cada um nesses procedimentos. A vida das pessoas transexuais, na maioria das vezes, é bombardeada por discriminações, preconceitos, violências e pressões familiares e sociais. Essas situações vexatórias interferem diretamente na postura das pessoas trans em viver de acordo com o

esperado pela sociedade, mesmo à custa de grande sofrimento e do desconforto devido ao sexo biológico (CECCARELLI, 2008a).

Esta pesquisa acontece em um período em que o tema transexualidade vem se destacando no cenário internacional e no nacional e é uma pauta negativa constante também no cenário estadual. Assim, devido à criação do ambulatório para pessoas transexuais na Paraíba, nos últimos anos, a Gerência Operacional das IST/HIV/Aids/HV vem investindo esforços para ampliar ofertas de cuidado ampliado para essa população e seus familiares em diversas especialidades do setor de Saúde.

Assim, escolhemos a Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica (TCIS) como estratégia de cuidado ampliado para pais e mães de pessoas transexuais acompanhados/as no Ambulatório TT, por ter uma característica circular, assegurar aos/às participantes uma comunicação horizontal, sem níveis hierárquicos, e oportunizar uma escuta respeitosa. Na TCIS, um olhar para a coletividade se revela terapêutico, na medida em que pessoas distintas partilham experiências semelhantes. Esse fator pode contribuir consideravelmente para que se possam superar os desafios pessoais e elaborar diversas estratégias de enfrentamento, a partir do que o/a outro/a está expressando. Essa atitude reforça o apoio mútuo e demonstra carinho e empatia (SANTOS *et al.*, 2014). Nesse sentido, o estudo é importante para a busca de informações e discussões teóricas, suas práticas clínicas e ações políticas voltadas para os/as pais e as mães de pessoas transexuais, perpassando por diversos fundamentos epistemológicos.

Em relação às vivências de pessoas transexuais, sabe-se que essa condição afeta diretamente o ambiente familiar, e as dificuldades cotidianas não se limitam à população transexual, também afetam seus/as pais e mães, e o outro ator é acometido de uma grande carga de sofrimento e obstáculos a serem ultrapassados na sociedade. A transexualidade no ambiente familiar pode ser extremamente ansiogênica, porque, estando em um sistema tão arraigado, as questões seculares se deparam com um assunto como esse, razão por que são necessárias mudanças normativas que, nem sempre, serão bem-vindas numa estrutura já naturalizada e formatada (WINK, 2007).

Segundo Guimarães (1994), a efetiva construção da família deveria levar em conta elementos essenciais como o casamento e a presença dos/as filhos/as, a mola propulsora para se formar uma sociedade mais justa, altruísta e solidária. Em suas pesquisas, Wink (2007) constatou que, quando se fala em uma família em que um/a dos/as filhos/as é transexual, a relação familiar nem sempre se torna acolhedora e satisfatória para compor uma rede de apoio. Quanto aos quadrantes de uma rede de apoio, a família adquire funções fundamentais quanto à promoção da sensação de segurança e de bem-estar para com seus/as filhos/as (SLUZKI, 1998).

Este estudo é relevante porque aborda uma temática atual, ainda bastante nova no campo da saúde coletiva. Por isso é necessário desenvolver trabalhos que objetivem pesquisar/investigar os cotidianos e seus desdobramentos (vivenciados no processo transexualizador) presentes na vida de pais e mães de pessoas que decidiram buscar sua verdadeira identidade de gênero (a partir de alterações corporais).

É necessário, ainda, proporcionar um espaço de escuta através da TCIS e analisar suas contribuições para o enfrentamento das dificuldades cotidianas experienciadas por pais e mães de pessoas transexuais atendidas no Ambulatório TT, na tentativa de minimizar seus sofrimentos e oportunizar, através da TCIS, espaços acolhedores e facilitadores de trocas de experiências e ressignificações. Desse modo, é possível compartilhar dúvidas, angústias e alegrias, em direção à autonomia para o encontro de novas formas de superar os cotidianos de pais e mães de pessoas transexuais.

Compreendemos que o estudo consiste em abordar um tema atual, ainda novo, que vem sendo aplicado também no campo da saúde coletiva. Essa tecnologia de cuidado é capaz de proporcionar benefícios na vida de seus/as participantes, na perspectiva de transformá-los/as positivamente quando se depararem com problemas em seu cotidiano. É um tema carente de investigações, e os resultados advindos poderão alicerçar uma *práxis* que vem se consolidando como uma estratégia para o cuidado ampliado no nível comunitário, uma vez que é uma tecnologia de baixo custo, capaz de mobilizar e gerar novos conhecimentos e estratégias de cuidado e que poderá contribuir significativamente com os/as participantes da pesquisa, como veremos a seguir.

Nesse sentido, a TCIS é uma tecnologia dinâmica e flexível, que pode transformar e oportunizar espaços de reflexões e partilhas, fortalecer os vínculos entre seus pares e os familiares próximos, resgatar a autoestima, trocar experiências e reduzir e ressignificar os sofrimentos cotidianos. Estudos consistentes apresentam a TCIS como uma prática efetiva para uma heterogeneidade de públicos (FERREIRA FILHA *et al.*, 2009; DE MOURA *et al.*, 2012; CORDEIRO, 2013; MORAIS, 2014).

Quanto à forma da escrita da tese, fizemos uma tentativa de aproximar e de utilizar uma escrita que contemplasse todos os gêneros, por compreender que, apesar de a língua portuguesa tradicional ser riquíssima, ainda não consegue envolver as diversidades de gênero. A língua é um instrumento flexível em constante evolução, que pode ser adaptada a novas necessidades de comunicação e criação para uma sociedade mais inclusiva e equitativa. Para contemplar a diversidade de gêneros, escolhemos palavras que garantissem o respeito às diferenças de gênero

e lhes acrescentamos o substantivo masculino e o feminino ao invés de trocar letras nas palavras, *por x, @ ou e*.

Para Minayo (2007), o objeto de estudo deve ser colocado em forma de pergunta e está sempre vinculado às descobertas anteriores e indagações de múltiplos interesses. Então, indagamos: Quais as contribuições da TCIS para o enfrentamento das dificuldades cotidianas experienciadas pelos/as pais e mães de pessoas transexuais atendidas no Ambulatório TT da Paraíba?

Nesse sentido, este estudo defende a TCIS como uma tecnologia capaz de ressignificar o enfrentamento das dificuldades cotidianas experienciadas por pais e mães de pessoas transexuais, oportunizando o empoderamento, a formação de vínculos, a sociabilidade e o fortalecimento de suas redes sociais formais e informais no decorrer de suas vidas.

1.3 OBJETIVOS

- Analisar as contribuições da TCIS para o enfrentamento das dificuldades cotidianas experienciadas por pais e mães de pessoas transexuais atendidas no Ambulatório TT da Paraíba.
- Realizar TCIS para pais e mães de pessoas transexuais atendidas no Ambulatório TT.
- Identificar as situações de sofrimento e incômodo para familiares de pessoas atendidas no ambulatório.

2 APORTE TEÓRICO E CONCEITUAL

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E TRANSEXUALIDADES: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

O que conhecemos hoje como transexualidade, tempos atrás, era denominado de transexualismo, sufixo que indica doença. O primeiro caso noticiado e relatado cientificamente de mudança de sexo ocorreu na Dinamarca em 1952. Entretanto, o sentimento de ser do outro sexo é tão antigo quanto qualquer outra expressão da sexualidade humana (GREEN, 1969). Mas o que é novo, de fato, não são as transexualidades, e sim, a possibilidade de mudar de sexo, tendo em vista os avanços tecnológicos da cirurgia e da hormonioterapia. De acordo com Schraman, Barboza e Guimarães (2011):

O processo transexualizador para a pessoa transexual deve apresentar uma espécie de passaporte para o seu “renascimento psicológico e social”. Essa ideia de “renascimento psicológico e social” para as pessoas transexuais devem implicar na recuperação do sentido de sua humanidade e de sua alteridade – enquanto um direito a diferença -, dos quais estaria privada ao longo de sua existência, uma vez que lhe é sentenciada uma espécie de “morte social” (SCHRAMAN; BARBOZA; GUIMARÃES, 2011, p. 4).

Um dos argumentos que circulam amplamente em todas as esferas sociais é o de que ou se nasce homem ou mulher. Essa assertiva não pertence exclusivamente à esfera do senso comum, mas também às bases do pensamento científico biológico, que se retroalimentam de modo que o senso comum afirma como sendo científica a ideia de que homens e mulheres são radicalmente diferentes. Por sua vez, o pensamento científico biológico se apropria do que é recorrente e socialmente esperado nas relações entre os gêneros e reforça a diferença sexual como algo natural (BENTO, 2011).

É importante ressaltar que existem diferentes discursos sobre transexualidade no âmbito da saúde coletiva, que normatizam as condutas sexuais e as expressões da masculinidade e feminilidade em parâmetros de saúde/normalidade ou doença/anormalidade, ou seja, certas identidades de gênero são consideradas como meras falhas do desenvolvimento ou como impossibilidades lógicas, porque não se enquadram nas normas de inteligibilidade cultural vigente (ARÁN, 2006).

Quanto ao campo da Psicanálise, existem diferentes olhares sobre a transexualidade na utilização do tratamento hormonal e na decisão pela cirurgia para mudar de sexo. Alguns psicanalistas ainda afirmam que o tratamento era uma aberração e que era preciso psicanalisar as pessoas transexuais. Por outro lado, associavam o transexualismo a psicose ou perversão.

Desse modo, as pessoas transexuais reivindicam uma transformação física fora da norma, para se sentirem de acordo com as normas do sexo e do gênero que existem em nossa sociedade (CHILAND, 2008). Nessa perspectiva, fazendo o contraponto com o discurso médico, o que faz se compreender como um enigma na organização psíquica do transexual é, justamente, sua normalidade (CECCARELLI, 2008a).

O processo transexualizador não pode se constituir como um conjunto de estratégias de atenção à saúde, que se limitam a transformar corpos (em que as pessoas transexuais passam em determinado período de suas vidas), mas compreendê-los de forma integral, desde os primeiros passos dentro dessa passagem para outro gênero até sua inserção nas vivências sociais (LIONÇO, 2009).

Não é raro a infância e a adolescência de pessoas transexuais serem marcadas por situações de conflito e discriminação. Pessoas transexuais contam que ser diferente, principalmente na fase da adolescência, contribui para uma atitude de isolamento e, na maioria das vezes, leva a um quadro de depressão (SAMPAIO; COELHO, 2012).

A experiência clínica com pessoas transexuais revela que a adolescência é a fase em que mais se experimentam ansiedade e sofrimento, devido às alterações próprias desse período. Diversos centros com experiências em disforia de gênero juvenil, como Gent (Bélgica), Oslo (Noruega), Boston (EUA) e Toronto (Canadá), intervêm nesses casos de pessoas trans antes mesmo de completarem 16 anos. O Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2013, passou a defender essa intervenção, alegando que essa é uma maneira de evitar o sofrimento que surge com o aparecimento das características físicas da puberdade, o que pode levar a quadros depressivos, de anorexia, fobia social e tendência ao suicídio (CFM, 2013).

Ainda segundo Sampaio e Coelho (2012), na fase em que ocorre o desacordo com o corpo, ou, mais especificamente, quando algumas áreas específicas do corpo passam a se modificar e a revelar o sexo biológico, o sofrimento psíquico se acentua, devido à sua incongruência com o sexo psicológico e o gênero a que se sente pertencer, que aumenta o desejo de ter um corpo que corresponda à própria necessidade. Nesse sentido, a busca da adequação do corpo à identidade chega, em alguns casos, a comprometer o prazer sexual.

A transexualidade é complexa e inclui uma diversidade de formas de subjetivação que envolve um conjunto de fatores não redutíveis aos biológicos. Os inúmeros modelos de família com seus padrões familiares, as práticas da educação, os comportamentos considerados socialmente aceitáveis, como as brincadeiras consideradas exclusivas de meninos ou meninas, são fatores que contribuem com a formação subjetiva de cada um. Nesse contexto, é necessário

estar atento ao contexto histórico-social e lembrar que os atributos classificatórios de homens e mulheres também dependem de uma construção (VIEIRA; SAMPAIO, 2014).

Se, na sociedade contemporânea, os sujeitos existem a partir de um corpo sexuado, esse corpo precisa externar (através de roupas, cabelo e gestual) a forma como a pessoa pensa seu sexo e seu gênero (SANTOS, 2011). E como a perspectiva contrária não é coerente com as definições de gênero socialmente ditas normais, isso tem feito com que as pessoas transexuais sejam estigmatizadas pela sociedade e fiquem mais vulneráveis a diversos tipos de discriminação e violência (FERREIRA, 2019).

Em muitos casos, quando as pessoas transexuais iniciam as mudanças corporais, reduzem consideravelmente a capacidade de trabalhar e de gerar renda. Isso afeta diretamente a autoconfiança e a determinação para enfrentarem os embates e os desafios da vida. O mesmo pode ocorrer com o inverso, com as que não realizam as mudanças corporais desejadas. Então, a vulnerabilidade e o desamparo se acentuam quando faltam apoio familiar e suporte do Estado (VIEIRA, 2012).

Nos últimos anos, o fenômeno da transexualidade ganhou projeção e vem aprofundando as discussões acerca dos gêneros masculino e feminino. No Brasil, em 1997, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 1.482 de 19 de setembro, aprovou a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais de forma experimental, baseando-se em três princípios fundamentais: o primeiro diz respeito à busca da integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica do interessado; e o segundo e o terceiro, aos princípios de autonomia e de justiça, ou seja, o direito de ter autodeterminação, de dispor do próprio corpo e de não serem discriminados/as quando buscarem a cirurgia. Esse procedimento teria um caráter terapêutico, já que essa resolução parte do pressuposto de que a pessoa transexual é portadora de desvio psicológico permanente de identidade sexual (BRASIL, 1997).

Outro aspecto a se considerar é que, independentemente da classe social e das regiões do país, as pessoas transexuais têm alguns pontos em comum durante suas trajetórias de vida, como rejeição familiar, estigmas, sofrimento psíquico e dificuldades de inserção social e formação e de ampliar sua rede de apoio e de suporte social. Assim, um dos benefícios em potencial do processo transexualizador é exatamente o de reduzir essas sequelas, conciliando o sexo biológico com a identidade de gênero, na perspectiva de potencializar sua inserção social e, conseqüentemente, sua aceitação (SCHRAMAN; BARBOZA; GUIMARÃES, 2011).

Segundo Paludo e Koller (2005), os caracteres de apoio das relações geram a interação de grupos que resulta na formação de uma rede de apoio social, a qual pode ser conceituada como um conjunto de relações próximas e significativas que representam o apoio percebido e

recebido pelos indivíduos, vindo através de recursos pessoais, profissionais e institucionais ao longo de toda a vida (COSTA, 2009). O suporte social é conceituado por Ribeiro (1999) como “a existência de ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, que se mostram preocupadas conosco, nos valorizam e gostam de nós” (p. 547).

Em uma subdivisão apresentada por Dunst e Trivette (1990) sobre o termo suporte social (informal e formal), o primeiro é o advindo de familiares, amigos, vizinhos e de grupos sociais como clubes, igrejas, entre outros, “que viabilizariam apoio nas atividades do dia a dia “em resposta a acontecimentos da vida normativos e não normativos” (p. 338). Quanto ao segundo, o suporte social formal abrange o arsenal de instituições formais, que seriam hospitais, programas governamentais, serviços de saúde, profissionais de saúde, compostos de médicos, assistentes sociais, psicólogos e todos aqueles que estivessem “organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas” (DUNST e TRIVETTE, 1990, p. 338).

O suporte formal quase não existe para as pessoas transexuais e seus familiares, o que depende, única e exclusivamente, de os/as gestores/as estarem sensibilizados com o cuidado voltado para as pessoas que estão no *hall* das letras LGBTT, caso contrário, essa Política Pública nunca será priorizada. No que se refere aos profissionais da área de Saúde ou não, infelizmente nunca foram qualificados para ofertar um cuidado integral e ampliado que vise às singularidades e atuam como se só houvesse pessoas heterossexuais e com práticas sexuais iguais. A heteronormatividade é hegemônica em suas ofertas de cuidado e não conseguem vincular em seus leques de ofertas de serviços pessoas LGBTT, que, ao contrário, muitas vezes, são excluídas dos serviços através de preconceito e de posturas desrespeitosas. Consequentemente, são afastadas da sociedade e dos cuidados de forma ampliada, como, por exemplo, a saúde integral.

A construção e a consolidação das Políticas Públicas de Saúde devem ser compreendidas como um processo dinâmico, devido às transformações sociais que demandam novas necessidades de saúde e ações concretas dos atores sociais e institucionais (LUCCHESI, 2004; SAMPAIO; ARAÚJO, 2006). Segundo Teixeira (1997), Lucchese (2004), Sampaio e Araújo, (2006), as Políticas Públicas de Saúde podem ser definidas como respostas do Estado aos problemas emergentes da sociedade que são de interesse público, com a função de definir a resposta para os problemas de saúde da população, visando a ações de proteção, promoção e recuperação da saúde nos níveis individual e coletivo.

Muitas vezes, os serviços de saúde causam danos irreparáveis à saúde mental das pessoas transexuais e de seus familiares por não legitimá-las. Podemos apresentar algumas situações no momento em que constroem barreiras em relação à oferta de cuidados de saúde

e/ou não priorizam a implantação e a fomentação de Políticas Públicas para essas populações. Através da compreensão desses fatores, observa-se que a saúde mental das pessoas transexuais tem uma direta e forte interferência da sociedade, uma vez que são as relações sociais que definem as vivências positivas e ou negativas dessa população (PARDINI, 2017).

A Constituição Federal de 1988, por meio da Lei nº 8.080/90 e da Lei nº 8.142/90, fundamentou a construção do modelo de atenção à saúde abalizado nas necessidades e nas demandas da população com ações e serviços de promoção, prevenção, assistência, proteção e recuperação da saúde por meio da estratégia de descentralização (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS), que é o produto de luta do movimento da reforma brasileira ocorrido durante a redemocratização do Brasil, estabelece a saúde como um direito universal e que é dever do Estado prover o acesso à saúde a todos os cidadãos e cidadãs. Suas Políticas se dão de forma descentralizada, nas três esferas de gestão, e deverá ter a participação efetiva da comunidade em todas as etapas, sendo fundamental para que as necessidades de saúde da população sejam resolvidas e garantidas através de instâncias colegiadas como os Conselhos e as Conferências de Saúde (municipais, estaduais e federais) (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, compreendendo as Políticas de Saúde como uma ação social, Fleury (2012), em seus estudos, enfatiza que a saúde é um dos direitos imprescindíveis à condição de cidadania:

Política social é a atividade que decorre da própria dinâmica de atuação dos sistemas de proteção social e envolve o desenvolvimento de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais. Assim a política social, como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas na promoção da seguridade social e do bem-estar [...]. As políticas de saúde, suas estratégias, instrumentos e planos produzem uma ação que não se limita ao campo da saúde, uma vez que, podendo influir em diversos outros aspectos da dinâmica social (econômica, política, cultural), também podem, igualmente, cumprir vários outros papéis, ou funções, além de seu objetivo básico de resolver problemas de saúde (FLEURY, 2012, p. 15-16).

O Governo Federal, desde 2003, buscou consolidar a Reforma Sanitária Brasileira, ancorada no conceito ampliado de saúde, idealizado como qualidade de vida e, subsequentemente, a implementação de Políticas Públicas Econômicas e Sociais, voltadas para o bem-estar da população, reafirmando as responsabilidades do Estado em relação à proteção social, conforme preceitua o artigo 3º da Lei nº 8.080/90 (SENA; SOUTO, 2017).

Quanto ao cuidado ampliado de saúde, é necessária a compreensão integral das pessoas

e de suas relações sociais e de gênero para a construção e a oferta de direitos. Questionado sobre a existência dos direitos da pessoa, Dallari (1994) respondeu:

Todas as pessoas têm algumas necessidades fundamentais que precisam ser atendidas para que possam sobreviver e para que mantenham sua dignidade. [...] Têm direitos pelo simples fato de ser uma pessoa humana”. O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana é, portanto, a fonte jurídico-positiva dos direitos e garantias fundamentais, e em razão disto, é como afirmar que tais direitos são obrigatórios juridicamente em virtude de terem seu fundamento na dignidade necessária à pessoa (DALLARI, 1994 p. 07).

Ao Estado cabe o dever de garantir justiça e direitos de liberdade individual e atribuir direitos e garantias fundamentais inerentes às personalidades humanas. Isso afasta a ideia de predomínio das concepções transpessoalistas de Estado e Nação em função da liberdade individual. A dignidade é um valor espiritual e moral intrínseco da pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável e traz a pretensão ao respeito das demais pessoas, edificando um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar. Excepcionalmente, devem ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, todavia sem menosprezar o merecimento das pessoas (MORAIS, 2005).

Sob tal perspectiva, cabe ao Estado promover saúde, por meio de Políticas Sociais e Econômicas, visando reduzir o risco de doenças, e o acesso de forma universal e igualitária às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Isso se justifica porque a saúde não pode ser vista isoladamente das condições que envolvem o indivíduo e a coletividade (SANTOS, 2010).

Visando reorientar as Políticas Públicas de Saúde e ampliar o acesso às ações e aos serviços de boa qualidade, essas Políticas têm reafirmado o compromisso do SUS com a integralidade e a universalidade, por contemplarem ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010). Durante toda a consolidação do SUS, a dimensão de gênero tem sido incorporada nas Políticas Públicas e está presente em diversos setores como políticas emblemáticas no SUS, quais sejam: A Política de IST e Aids, em destaque, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras IST (BRASIL, 2007); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) e a Política de Atenção Integral à Saúde da População de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transgêneros (LGBTT) (BRASIL, 2008a).

Mesmo com a garantia de saúde, dentre as perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um atendimento humanizado, livre de preconceito e discriminação em razão

da identidade de gênero e/ou orientação sexual, as pessoas transexuais têm como garantia o uso do nome social como estratégia para proporcionar acesso aos serviços de saúde. No entanto, é necessário conscientizar os profissionais de saúde no que tange aos diversos e dinâmicos padrões familiares pessoais, para que foquem seu cuidado nas singularidades dos sujeitos, e não, em seus corpos, pois isso implica exclusão e discriminação. Segundo Lionço (2008), essa não é uma tarefa fácil, por abordar questões subjetivas e romper com a normativa institucionalizada na heteronormatividade e no binarismo sexual.

A Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTTT é relativamente nova no Brasil. Foi publicada em 01 de dezembro de 2011, através da Portaria de nº 2.836, e seu plano operativo foi estruturado em quatro eixos: Acesso da população LGBTTT a atenção Integral à Saúde; ações de promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBTTT; educação permanente e educação popular em saúde, como foco na população LGBTTT, e o monitoramento e a avaliação das ações de saúde para a população LGBTTT (BRASIL, 2012).

No que se refere ao Processo Transexualizador, o documento norteador foi a Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013). Recentemente o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 2.265/2019, atualizou as regras para aperfeiçoar o atendimento médico para as pessoas com incongruência de gênero, por meio de procedimentos com hormonioterapia e cirurgia de adequação sexual (CFM, 2019).

O Ministério da Saúde, por meio da Atenção Básica, buscou ampliar e garantir o acesso da população transexual aos serviços de saúde, na tentativa de colocar em prática os princípios de integralidade, igualdade e equidade com um atendimento humanizado. Sabe-se que existem problemas éticos que cercam a Atenção Básica e que isso faz parte do cotidiano. A Bioética reforça que esses conflitos são importantes e merecem ser discutidos, dentre eles, a dificuldade que travestis e transexuais enfrentam para ter acesso aos serviços de saúde. Esse acesso é entendido como o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

As pessoas transexuais apresentam novas demandas e dimensões de necessidades de saúde, que vão desde os modos de viver até o acesso às tecnologias, a criação de vínculos afetivos entre usuários/as e serviços e a necessidade de autonomia (CECÍLIO, 2001). Quanto à acessibilidade das pessoas transexuais aos serviços de saúde, não se restringe ao seu uso ou não mas também à qualidade desses serviços ofertados pelos/as trabalhadores/as de saúde, além dos recursos tecnológicos para as necessidades de saúde dos/as usuários/as, uma vez que os problemas de saúde dessa população são complexos, singulares e com demandas numerosas

(BRASIL, 2010). Então, para que o uso dos serviços de saúde seja eficiente e efetivo, são necessários diversos fatores, entre eles, os fatores internos referentes ao processo de trabalho e à qualidade do cuidado ofertado nos serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Assim, considerando que saúde é um conceito ampliado e que a população LGBTTT não carece apenas de cuidados de saúde, mas também de uma gama de outras políticas, o Governo da Paraíba vem implantando e implementando as Políticas de cuidado integral para as pessoas LGBTTT e, desde o ano de 2011, oferta serviços voltados para os Direitos Humanos para as populações LGBTTT, através de várias ações de segurança pública, assessoria jurídica e acompanhamento pelo serviço social e psicológico. Também contam com o Conselho de Direitos LGBTTT, Centros de Referência para pessoas LGBTTT, Delegacia Especializada em crimes homofóbicos e transfóbicos e, por fim, o serviço do Ambulatório TT, que vem ofertando consultas médicas especializadas (urologista, endocrinologista, psiquiatra, ginecologista) para o cuidado em saúde das pessoas transexuais durante o processo transexualizador. Até novembro de 2020, o ambulatório atendia a 626 usuários/as (PARAÍBA, 2020).

O estado da Paraíba vem contribuindo para implantar as Políticas Públicas de Saúde Integral para a população LGBTTT e seus familiares, por compreender que essa família se encontra fragilizada e necessitada de acolhimento, atenção e cuidado e deve ser fortalecida para continuar lutando por dias melhores para seus/as filhos/as. Diversos estudos apresentam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em que a barreira de acesso se torna maior por causa do preconceito, da discriminação, da invisibilidade, do desrespeito e da transfobia por parte dos trabalhadores de saúde. Podemos compreender o quanto são raras ou quase inexistentes políticas específicas voltadas para os familiares de pessoas transexuais (GRIDLEY *et al.*, 2015; LEE; PARK; CHOI; YI; KIM, 2018; ROCON; RODRIGUES; ZAMBONI; PEDRINI, 2016).

2.2 A FAMÍLIA NA PERSPECTIVA SISTÊMICA

O senso comum se refere à família como uma construção social que representa um modo de agir e de pensar coletivo, que evoluiu ao longo do tempo em relação com a organização e o funcionamento da sociedade (SILVA, 2001). Existem sociedades em que esse conceito não tem aplicabilidade, devido à diferença na estrutura da organização, mesmo estando presentes os laços e as regras familiares das relações do homem, da mulher, das crianças e dos adultos. A ideia de família ocidental, até os anos cinquenta/sessenta, era baseada no conceito parsoniano, em que era reconhecida como um espaço de estabilização emocional dos adultos e de

socialização das crianças, isto é, o repasse dos valores culturais e sociais da sociedade em que nasceram. No decorrer da convivência com os pais e as mães, a criança aprende como deve se comportar, o que lhe é permitido e proibido, bem como os papéis sociais que cabem aos diferentes elementos que constituem a família, a qual continua sendo compreendida como a primeira e mais forte instituição de nossa sociedade, onde a aprendizagem se realiza através da própria experiência da vida familiar (AMARO, 2006).

O termo família é derivado do latim *famulus*, que traduz a expressão escravo doméstico. Acredita-se que essa unidade surgiu há 4.600 anos. A família originou-se do sistema patriarcal em que mães, filhos e serviçais eram dominados pelo poder da figura paterna, que assumia a condução familiar e gerenciava todos os seus bens. Com o passar dos anos, essa entidade e a sociedade sofreram profundas mudanças que geram complexas transformações familiares (BARRETO, 2014).

Seguimos mostrando a definição de família sob o ponto de vista de diversos autores. Segundo Beltrão (1989, p. 17), família é “um grupo social no qual os membros coabitam unidos numa ampla complexidade de relações interpessoais, têm em comum a residência, podendo haver colaboração econômica e no âmbito deste grupo existe a função da reprodução”. Para Cervený e Berthoud (2002), a família é construída no convívio do cotidiano, voltada para os cuidados de sobrevivência e de ações funcionais específicas do ciclo da vida. Wright, Watson e Bell (1990, p. 112) definem a família como “um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo, isto é, que se identifica como fazer parte daquele grupo”.

A evolução e as mudanças ocorridas com o passar dos anos acarretaram as novas concepções de família, com novos valores, novas dinâmicas e diferentes tipos, com identidades próprias e construindo histórias de vidas singulares. As transformações levaram a alterações na família, que saiu do modelo tradicional prevalente e assumiu novas formas de organização familiar, tornando-se um fenômeno de caráter global e complexo (DIAS, 2000).

A família se encontra em um grande sistema social, que institui as primeiras formas de socialização, interação e transmissão de valores, regras e padrões que servirão de base para a vida futura em sociedade. Apesar de se conceber a família como parte de uma rede social naturalizada, ela é uma construção, um produto direto da cultura construída em um contexto histórico e dinâmico. É uma instituição em permanente processo de construção e reconstrução (BERGER; LUCKMANN, 2004; FALCETO; WALDEMAR, 2001).

Nesse *continuum* entre família e o contexto histórico cultural, devemos continuar com essa mesma linha de pensamento para concatenar as representações e as relações de gênero.

Nesse sentido, a compreensão de gênero deverá se dar a partir da construção social, histórica e cultural acerca das relações entre homens e mulheres, e não, entender gênero como mera delimitação biológica entre homens e mulheres (WINCK, 2007).

Uma das dimensões organizadoras das relações sociais é o gênero. Essas dimensões devem ser reconhecidas e necessárias para que ocorram mudanças no sentido de respondê-las com vistas à promoção da equidade de gênero (FERRAZ; KRAICZYK, 2010). Segundo Scott (1996), o saber a respeito das diferenças sexuais se dá através da construção histórica, social e cultural e se torna variável, mutável, relativo, contextual, contestável e transformável. Nas sociedades, esse saber é constituído pelas relações de poder diante das diferenças sexuais. Nesse sentido, é necessário ampliar o olhar, uma vez que não é simplesmente como as pessoas se relacionam, mas como compreendem a realidade e o jeito de olhá-la (UMBEHAUM, 2005).

O gênero é entendido por Scott (1995) a partir da interseção de quatro elementos inter-relacionado - os símbolos culturais, as instituições sociais, as organizações e a identidade social subjetiva – e passa a ser compreendido como a percepção das diferenças intrínsecas ao sexo, partindo do princípio de que o gênero é, sobretudo, uma maneira de significar relações de poder institucionalizadas.

Segundo Butler (2009), a identidade transexual tem uma influência contínua do meio social no qual as pessoas estão inseridas. Assim, para construir nossa identidade, é necessário fazer parte de um tecido social. “A mudança vem de uma ampliação de ações coletivas e difusas que não seriam próprias a nenhum sujeito singular, ainda que um efeito dessas mudanças seja que se venha a agir como um sujeito” (BUTLER, 2009, p. 123).

Esse sujeito descrito por Butler nasce em uma família que é um sistema formado de subsistemas que é influenciado de todas as formas, internas e externas, localizadas em um sistema maior que é a sociedade (ALARCÃO, 2006; DIAS, 2000). De acordo com a teoria geral dos sistemas, “Nada acontece isoladamente e qualquer coisa que afete um dos componentes, afeta todos os outros, ou seja, qualquer alteração causa impacto sobre todos os outros membros do sistema” (ANDRADE; MARTINS, 2011, p. 188).

Esse sistema tem como principal característica a interdependência entre os membros. Mas, se houver uma mudança em um dos membros, inevitavelmente haverá mudanças em cadeia, em que os regulamentos que gerenciam as relações entre os membros (seus vínculos obedecem às regularidades). Por fim, quando existe consciência dos regulamentos por parte do sistema, isso significa que, em seu comportamento, cada um tem em conta essas regulações (RELVAS, 1996; GIMENO, 2003; AMARO, 2006). Nesse sentido, a instituição família tem todos os critérios e é um excelente exemplo de sistema, formado por um conjunto de elementos

interligados por um contíguo de interpelações e relações com o exterior e mantém seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido por meio de estados de evolução diversificados.

A teoria sistêmica que constitui o modelo predominante dos estudos da família define-a como um sistema aberto, com finalidade e autorregulamento. Segundo Gimeno (2003) e Amaro (2006), o Sistema significa uma unidade formada por membros que interagem entre si, em que há transações e vínculos entre eles/elas. Assim, o sistema revela a interdependência de todos os seus elementos que resulta na ideia de que o conhecimento da família só é possível se se adotar uma visão de conjunto.

A família é um sistema que se assemelha à de um organismo vivo e, por isso, deve ser analisada como um todo. Cada membro é o que é por si mesmo/a e pelas relações que estabelece com as outras pessoas. Eles procuram definir para si e para os outros o poder, a formação e a distribuição de afetos. Qualquer investigação teórica ou empírica apresenta as características de um sistema, interpreta e explica o fenômeno, através das ligações e de interdependência, e organizam-se em totalidade. É por isso que é considerado um fenômeno que, para funcionar em equilíbrio, todos os subsistemas devem se adaptar às exigências impostas pelas mudanças, para que se consolidem as relações. “Normalmente quando intervêm elementos perturbantes, a tendência é procurar recuperar o equilíbrio através da interiorização de valores consolidados” (PARSONS, 1979, p. 33).

Na perspectiva sistêmica, a família deve ser vista como um sistema que apoia uma estrutura hierárquica dos seus membros, constituída em subsistemas, ou seja, um sistema dentro de outros sistemas e a ela própria, contendo outros sistemas com regras que regulam o relacionamento entre os membros da família (DIAS, 2009). A família não é um sistema estático, mas dinâmico, em permanente mudança. Partindo dessa observação, a descrição de família é vista como um sistema, portanto, uma ordem dinâmica de partes e processos entre os quais se exercem interações recíprocas. Nesse sentido, a família é constituída de muitas unidades presentes no sistema familiar e social. A relação entre esses dois sistemas possibilita, em certo momento, a continuidade, e em outro, mudanças nos dois sistemas (ALARCÃO, 2006; BATISTA; GARCÊS, 2001). Quando se fala de sistema, a família é um dos principais exemplos fundamentados em redes de convivência e de conversações dotada de características particulares, além de diferentes arranjos de conduta originados de estados emocionais, comportamentais, situacionais e contextuais. Ao se pensar em família na perspectiva sistêmica, seu conceito vem se modificando e se tornando cada vez mais amplo, devido aos novos padrões culturais, valores, costumes, determinantes sociais e concepções em constantes redefinições

(AUN; VASCONCELLOS; COELHO, 2005; SANTOS; MACEDO, 2008).

Quando se trata de uma família que convive com a realidade de um parente em uma situação diversa, como os/as filhos/as trans, essa entidade é um importante alvo de atenção, porquanto passa a lidar com um evento inesperado, reordenador de sua estrutura, como um sistema complexo cuja organização é arbitrada por novas e específicas demandas. A partir disso, constata-se que a família é um sistema complexo, instável e que mantém relações com seus entes que envolvem uma intersubjetividade. Se um dos filhos da família se tornar vulnerável, os pais também se tornarão (SOLOMON, 2013). Diante dessa realidade, produções científicas apresentam que o suporte emocional, como parceiro da família, é determinante e um elemento fundamental no cuidado implicado aos familiares de pessoas em processo transexualizador (COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015; SANTOS *et al.*, 2016; FELÍCIO; ALMEIDA, 2008; GROSS; GOLDIN, 2008).

Na perspectiva sistêmica, a família apresenta essencialmente dois objetivos: um interno, através da proteção psicossocial dos seus membros, e o outro externo, que absorve uma cultura e a reproduz. “O sistema familiar é um todo, uma globalidade, em que o todo é mais do que a soma das suas partes” (AMARO, 2006, p. 33).

A estrutura familiar é o resultado da composição dos subsistemas e de como cada um se desenvolve. Nas palavras de Batista (2001), é fruto de inter-relações e repetidas comunicações que levam a padrões de relação. Cada família tem sua própria dinâmica e é constituída de influências externas. Nesse jogo de equilíbrio entre as forças externas e internas, existe uma dependência direta nesse cenário auto-organizativo, dinâmico e plural (ALARCÃO, 2006), portanto, o sistema familiar, ao longo do ciclo vital da família, sofre diversas mudanças. Von Bertalanffy (1975) apresentou, em seu trabalho, que os terapeutas familiares adotaram a ideia de família como um sistema aberto. “...um sistema em troca de matéria como o meio, que apresenta entradas e saídas, construção e destruição dos seus componentes materiais” (VON BERTALANFFY, 1975; p. 149).

Segundo Andrade e Fonseca (2008), a concepção sistêmica se deu a partir do Século XX, e a ciência moderna e a clássica se confrontaram com o rompimento da epistemologia tradicional e seus pressupostos, com críticas que envolviam seus conceitos, sua matéria e sua natureza. Isso culminou em profundas reflexões epistemológicas no campo do conhecimento científico, contudo, como toda transição paradigmática, essa mudança não aconteceu de maneira homogênea, mas gradativa e desafiadoramente, e perpassou avanços, limites, retrocessos e possibilidades.

Segundo Alarcão (2006), Batista e Garcês (2001), quando a família partilha determinadas propriedades sistêmicas (que se aplicam à interação), deve ser encarada como um sistema aberto e pode ser interpretada como uma unidade que ultrapassa a soma dos seus elementos, uma vez que a mudança em um elemento repercute diretamente no sistema familiar, e o comportamento de cada um é indissociável do comportamento dos restantes. Isso gera um *feedback*, e o sistema familiar reage imediatamente na informação proveniente dos seus elementos e do ambiente, modificando inevitavelmente seu comportamento de forma a assegurar sua continuidade.

A ideia de pensamento sistêmico surgiu como uma visão de mundo em que se priorizam a natureza e os atributos das relações, visto que o método analítico passava a ser inadequado quando se tratava de discussões e análises que envolviam as ciências humanas, devido à sua subjetividade e complexidade (OLIVEIRA, 2012). Vasconcellos (2014) considera o *pensamento sistêmico* como o novo paradigma da ciência ou pensamento novo-paradigmático, uma compreensão de mundo que contempla a noção de sistema proposta por Wilden (1972), que se refere aos modos como acontecem as relações ou conexões entre os elementos e as relações entre as relações, mantendo sua linha de compreensão, e instituiu três dimensões que se estruturavam com o rompimento da ciência moderna como um pressuposto da simplicidade que cede espaço à complexidade em todos os níveis da natureza - a estabilidade, que se transforma em instabilidade, e a objetividade vista, agora, na perspectiva da intersubjetividade, como condição de construção do conhecimento do mundo.

O campo da saúde apresenta notoriedade em relação à transição paradigmática diante de um modelo amplo de se conceber o sujeito e o processo saúde-doença. As ações e as práticas institucionais e profissionais, as Políticas Públicas e a própria formação acadêmico-científica continuam atuando na lógica curativa, médico-hegemônica e fragmentada, alinhada com o paradigma da ciência tradicional (VASCONCELLOS, 2014).

Ainda no âmbito da saúde, a concepção novo-paradigmática convida o/a profissional a acreditar e a compreender que, se o ser humano faz parte de uma trama plural e social, que precisa ser repensada para que ocorra uma redefinição estrutural e qualitativa, pode-se naturalmente redefinir o sistema baseado em situações de sofrimento, angústia e dependência (VASCONCELLOS, 2014).

Ainda no campo da saúde, há uma desvalorização de subsídios de suporte familiar e comunitário, cujo enfoque é voltado para o indivíduo e suas queixas particulares. Na perspectiva sistêmica, o foco se encontra nas relações, e os elementos e as metodologias conseguem priorizar a integração do ser humano com seu meio social, exigindo estratégias de

apoio às famílias, com as intervenções ampliadas, transpondo os sujeitos e contornando os sistemas humanos (GRANDESSO, 2000; VASCONCELLOS, 2014).

Há estudos consistentes que contemplam a Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica (TCIS) como uma prática efetiva para uma heterogeneidade de públicos, como, por exemplo, as investigações de Andrade *et al.* (2010); Sá (2012); Carvalho *et al.* (2013); Guerra *et al.* (2015); Moraes (2014), entre outras. Nesse sentido, são necessários estudos e investigações que possam esclarecer a influência da TCIS nos familiares de usuários acompanhados no ambulatório TT da Paraíba, na perspectiva de evidenciar a potencialidade dessa ferramenta como um instrumento capaz de reintegrar vínculos, minimizar níveis de sofrimento, potencializar a autoestima, ressignificar dores e trabalhar a família para restabelecê-la como um sistema que é determinado pelo contexto.

2.3 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SISTÊMICA E O CUIDADO AMPLIADO NO AMBULATÓRIO TT DA PARAÍBA

A Conferência de Alma Ata, realizada na União Soviética em 1978, representa um marco histórico da dissociação entre saúde, medicina e cultura, por meio da qual a Organização Mundial da Saúde declarou que a medicina tecnológica e especializante era incapaz de resolver os problemas de saúde de dois terços da humanidade. Isso desencadeou apelo aos governos de todos os países para o desenvolvimento de formas simplificadas de atenção médica destinadas às populações carentes no mundo inteiro, com atenção especial ao campo da formação de recursos humanos. Para isso, foram utilizados os próprios modelos médicos ligados às medicinas tradicionais. "Saúde para todos no ano 2000" foi o lema então lançado (LUZ, 2005).

O surgimento de novos paradigmas na saúde está diretamente ligado a diversos acontecimentos e situações complexas de natureza ao mesmo tempo socioeconômica, cultural e epidemiológica, entre os quais, destaca-se um conjunto de eventos e situações que podem ser denominados de “crise da saúde”, ocorridos no final do Século XX (LUZ, 2005). Entretanto Martins (1999) argumenta que a medicina ocidental científica não se constitui somente sob o paradigma mecanicista, que passou a não ser predominante nas ciências contemporâneas e traz para a cena o surgimento da ciência ocidental, do ‘paradigma quântico’, redefinindo os próprios conceitos de ciência e de razão. Sobre isso, Martins enuncia:

Para nos inserirmos em um paradigma no qual natureza e cultura, homem e mundo, mente e corpo existem como aspectos de uma mesma Natureza (ou

substância) não separável, não é preciso sair da ciência. Basta acompanhá-la, em sua contemporaneidade quântica (1999, p. 106).

No Brasil, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) estão conseguindo ampliar seu espaço na saúde e oportunizando cada vez mais o alcance de usuários/as dos serviços públicos através do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006 (BAUMAN, 2005). Sua aprovação decorre da crescente demanda da população brasileira por meio das Conferências Nacionais de Saúde e das recomendações da OMS aos Estados membros para formular políticas visando à integração de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos aos sistemas oficiais de Saúde e à necessidade de normatizar as experiências existentes no SUS. Conforme o documento da PNPIC,

tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BAUMAN, 2005, p.45).

Com a publicação da PNPIC, a homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicas, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia foram institucionalizados no SUS. A Portaria nº 971, de 27 de março de 2017 do Ministério da Saúde, inclui as seguintes práticas na PNPIC: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

Ainda no Brasil, algumas gestões municipais simpatizantes adotaram oficialmente essas práticas que valorizaram esse novo paradigma quântico desde os anos 1980, passando a compreender o adoecimento de forma ampliada. A cidade de Campinas (SP) foi uma das pioneiras a implementar ambulatorios de homeopatia e fitoterapia, o que estimulou diretamente a implementação de práticas integrativas na rede básica de saúde no Brasil. Um levantamento em suas unidades de saúde sobre as práticas integrativas que eram utilizadas demonstrou que, em 68 unidades, 52 (76, 47%) apresentavam: acupuntura (oito unidades); ginástica (11); homeopatia (11); caminhadas (16); fitoterapia (vinte) e *Lion Gong - Ginástica terapêutica* (23), o que melhorou a qualidade de vida da população e promoveu o autocuidado (NAGAI; QUEIROZ, 2008).

Segundo Cunha (2004), na cidade de Campinas, por exemplo, o *Lion Gong* foi difundido para todas as equipes da rede de atenção básica e beneficiou tanto os usuários quanto os profissionais de saúde, porquanto contribuiu para diminuir o desgaste e o *stress* no trabalho. O primeiro a se tratar é o profissional. A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) faz com que acreditemos que um profissional doente, exausto ou desequilibrado energeticamente não está apto ao trabalho curativo nem a “trocar energia” com o paciente (CUNHA, 2004, p. 137).

Nagai e Queiroz (2008) afirmam que essa e outras experiências exitosas demonstraram a necessidade de formular políticas para que as práticas já inseridas nos serviços públicos fossem oficializadas e citam a fala de um profissional da Medicina entrevistado em sua pesquisa:

Existe um tropismo do profissional sanitário para as medicinas naturais e alternativas, talvez em função de um olhar diferenciado em relação à saúde das populações, um olhar menos privatista [...] Os profissionais dos serviços públicos, talvez por trabalharem mais em contato diário com a população, percebem suas necessidades e suas maneiras peculiares de lidar com os problemas de saúde (NAGAI, 2008, p. 1798).

A ideia de que várias partes do corpo, como as orelhas, a sola dos pés, o crânio, as mãos, entre outras, podem representar o corpo todo, possibilitou que a MTC produzisse técnicas de intervenção específicas para cada área do corpo, como a reflexologia (massagem nos pés) e a auriculoterapia (orelha), que têm baixíssimo risco. Fora do SUS, as corporações de profissionais estão disputando em instâncias judiciais e legislativas o acesso (ou a exclusividade) aos mercados. Dentro do SUS, a valorização do trabalho de equipe e a responsabilização coletiva têm possibilitado que diversas prefeituras (como São Paulo e em Campinas) iniciassem projetos de qualificação de diversos profissionais com a finalidade de aumentar o potencial terapêutico das equipes. É interessante notar que, no SUS, em uma dinâmica de equipe, a descrição de clientela, a responsabilização coletiva e o discurso médico corporativo de que outros/as profissionais (como enfermeiros e fisioterapeutas) executam atividades de acupuntura representariam um risco à saúde da população fica ainda mais frágil, uma vez que é a equipe, e não, um ou outro/a profissional que define o projeto terapêutico (CUNHA, 2004).

Trabalhar a perspectiva de cuidar, segundo a concepção de integralidade, mais do que um conceito é um desafio. Nesse contexto, o conjunto de ações e intenções que envolvem o exercício da integralidade pelo/a profissional de saúde e todos/as os/as profissionais envolvidos/as no processo requer um longo caminho de aprendizado para a maturidade pessoal e gerencial (na organização dos serviços e das práticas e no planejamento), a autocrítica e o

discernimento para avaliar o que está certo e errado em nossas práticas (LEITE, 2006).

O termo ‘terapia’ tem origem grega – *Therapeia*. Etimologicamente, significa tratar, curar. Esse termo está presente no universo da Psicoterapia e na própria palavra. Segundo Barreto (2008), significa acolher, servir, caloroso e atender. Portanto o terapeuta é aquele que cuida dos outros de forma calorosa. A palavra comunidade é definida por esse mesmo autor como composta de duas outras palavras: COMUM + UNIDADE, ou seja, o que as pessoas têm em comum, entre outras afinidades, a partilha de sofrimentos, a busca de soluções para superar as dificuldades e aliviar sofrimentos (BARRETO, 2008).

Quanto ao termo ‘integrativa’, surgiu em função de ser uma tecnologia do cuidado ampliado, que valoriza o pensamento de que a comunidade tem um papel ativo na promoção da saúde, contribuindo com os diferentes saberes em seus mais diversos contextos socioculturais, ampliando assim a rede solidária entre os indivíduos (BARRETO, 2008).

A Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica (TCIS) é um espaço de acolhimento onde as pessoas partilham suas experiências, saberes e situações de sofrimentos vividos no cotidiano. É um grupo de ajuda mútua e de construção de vínculos, cuja finalidade é de encorajar e fortalecer os indivíduos diante dos infortúnios da vida. Nesse ambiente inclusivo e terapêutico, as pessoas conseguem encontrar soluções para superar as dificuldades impostas pela vida (BARRETO, 2008).

A TCIS foi criada em 1987 pelo médico psiquiatra, antropólogo, teólogo e professor da Universidade Federal do Ceará, Adalberto de Paula Barreto, que desenvolveu uma metodologia voltada para a promoção da saúde mental na Atenção Primária, que foi implantada em um projeto intitulado ‘Quatro Varas’, desenvolvido em uma comunidade de baixa renda de Fortaleza – CE.

A TCIS tem como bases teóricas *a Resiliência, a Antropologia Cultural, a Pedagogia de Paulo Freire, a Teoria da Comunicação e o Pensamento Sistêmico*, e seus objetivos são de reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo e a autoestima individual e coletiva; redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa; valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com seu meio; possibilitar a comunicação entre as diferentes formas do saber popular e científico; suscitar em cada pessoa, família ou grupo social seu sentimento de união e identificação com seus valores culturais; favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, através da restauração e do fortalecimento dos laços sociais; promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais que são detentoras do saber-fazer e guardiãs da identidade cultural; e, por

fim, estimular a participação como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização e estimulando o grupo, por meio do diálogo e da reflexão, tomar iniciativas e ser agentes de sua transformação (BARRETO, 2008).

Nesse sentido, a TCIS objetiva encorajar e fortalecer as pessoas em relação às suas experiências, oportunizando um ambiente inclusivo e terapêutico, uma vez que é uma intervenção que valoriza cada componente de uma rede psicossocial, cujos princípios, valores individuais e histórias de vida são valorizados (BRAGA *et al.*, 2013).

Um dos elementos estruturantes dessa abordagem é a valorização da cultura. Os encontros visam despertar a dimensão terapêutica do grupo e valorizar, sobretudo, as heranças culturais dos nossos antepassados, que, no Brasil, dá-se através da multiculturalidade (com nossa ancestralidade indígena, africana, europeia e oriental) e do saber produzido pelas experiências de vida dos participantes. Essa tecnologia oportuniza encontros interpessoais e intercomunitários, em que se valorizam e resgatam as identidades culturais dos indivíduos e se percebem os problemas, que podem ser resolvidos por meio das competências locais, tendo como base o estímulo para criar vínculos solidários (ANDRADE *et al.*, 2008; BARRETO, 2008).

Barreto (2007) considera a TCIS como um instrumento que nos possibilita construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Ela é considerada uma abordagem de atenção à saúde comunitária, que trabalha a partir do encontro entre o saber acadêmico e o saber construído pela experiência de vida, visando superar os desafios do cotidiano, e representa um espaço de partilha grupal, onde os/as participantes são estimulados/as a falar dos sentimentos nas experiências de vida, resgatar a autoestima e superar os sofrimentos (BARRETO, 2008).

A TCIS estabelece uma relação de cuidado e de acolhimento entre as pessoas, que se relacionem num contexto de ajuda mútua, num espaço que assegura a fala e a escuta respeitosa (FERREIRA FILHA *et al.*, 2010; ROCHA *et al.*, 2009). E a partir dessa ajuda e dessa escuta respeitosa poderemos nos deparar com habilidades internas como a *resiliência*.

Segundo Barreto (2008a), *resiliência* é a capacidade de superar uma dor profunda e transformá-la em sabedoria e em força, a fim de enxergar no sofrimento uma oportunidade de crescer. É um termo originado da *Física*, que faz referência ao poder que determinados materiais têm de, quando expostos a alguma matéria estressora que os deforma, retomar sua configuração original, depois que a força deformadora é eliminada ou afastada. Essa base teórica da TCIS se aproxima do nosso objeto de estudo, no momento em que os familiares de pessoas transexuais trazem suas dores, traumas e experiências negativas da transexualização de

seus/as filhos/as e escutam experiências de outros pais sobre o mesmo assunto, identificam-se com elas e passam a vê-las com outros olhos e a compreendê-las bem mais. Assim se fortalecem e passam a lutar para resolver os problemas vivenciados por seus/as filhos/as e por si mesmos como familiares de uma pessoa transexual.

A *Antropologia Cultural* (um dos pilares da TCIS) chama a atenção para a importância da cultura, como o referencial em que os povos se baseiam e fazem suas opções em seus cotidianos. A cultura é um elemento fundamental na construção da identidade individual e coletiva. É quando definimos quem somos e de quem somos que podemos nos aceitar e nos amar para amar os outros e assumir uma identidade cidadã. E quando reconhecemos que existem várias culturas (no mesmo país) e que aprendemos a respeitá-las, descobriremos que a diversidade é uma fonte de riqueza para o povo e que, se valorizada, mobilizada e articulada, resultará na resolução de problemas sociais (BARRETO, 2008a). A TCIS oportuniza, por meio da base conceitual da *antropologia cultural*, a ampliação de olhares dos familiares de pessoas transexuais para a cultura vivenciada por cada um que está presente na TCIS, ampliando o nível de aceitação individual e coletiva no grupo.

Outra base teórica utilizada na TCIS é a *Pedagogia de Paulo* que concebe que ensinar não é apenas transferir conhecimentos acumulados, e sim, um exercício do diálogo, da reciprocidade, da troca, de um tempo para escutar, de um tempo para aprender e de um tempo para ensinar. Outro aspecto fundamental na Teoria de Paulo Freire é a associação entre a teoria e a realidade. Para esse educador, o conhecimento não está separado do contexto de vida, e a consciência do ser humano é inacabada, o que possibilita ao educador e ao educando o exercício de indagar, comparar, duvidar e do despertar da curiosidade sem invadir a privacidade dos outros, da busca de novos conhecimentos, com o objetivo de ajudar a encontrar soluções (BARRETO, 2008a).

A *pedagogia de Paulo Freire* nos auxilia a compreender que somos seres inacabados e oportuniza a busca por ampliar conhecimentos, comparações e inquietações diante da realidade dos familiares das pessoas transexuais no decorrer das rodas de TCIS, visto que a família não é um sistema estático.

Outra base teórica que sustenta a TCIS envolve a *Teoria da Comunicação e o Pensamento Sistêmico*, uma vez que a comunicação é o elemento que une os indivíduos, as famílias e a sociedade. Assim, compreende-se que todo comportamento, todo ato, verbal ou não verbal, individual ou grupal tem valor de comunicação num processo, sempre desafiante, de entendimento das múltiplas possibilidades de significados e sentidos que podem estar ligados ao comportamento humano. Nessa perspectiva, todo comportamento é comunicação

(BARRETO, 2008a). A *Teoria da Comunicação e o Pensamento Sistêmico* são os que mais se aproximam do objeto de estudo, porque, na perspectiva sistêmica, a família deve ser vista como um sistema que apoia uma estrutura hierárquica dos seus membros, detentora das próprias regras, que gerem os relacionamentos entre as pessoas que compõem a família.

Os seres humanos são naturalmente sociáveis e compõem uma teia indissociável de relações estruturadas, de vínculos, de enquadramento social e de redes de conexões. A ideia do *Pensamento Sistêmico* (outro pilar da TCIS) vem de uma perspectiva integradora, que sempre valoriza o todo e tem como resultado um conjunto que articula e gera um movimento próprio (DAMACENO, 2011).

O *Pensamento Sistêmico* iniciou-se em meados de 1930 por um biólogo alemão chamado Ludwig Von Bertalanffy. A concepção de Pensamento Sistêmico foi originada no Século XX e possibilitou diversas reflexões que se opunham às ideias mecanicistas e reducionistas que eram tendências dos Séculos XVI e XVII. O *Pensamento Sistêmico* se nega a conceber o todo, a partir de suas frações, e defende que é importante reintegrar peças no conjunto e vice-versa. Dessa forma, defende que o sistema extrapola a mera soma de seus elementos (KASPER, 2000).

A Teoria Geral dos Sistemas é diferente da Teoria Sistêmica, porque a primeira é mais ampla e abarca todas as áreas do conhecimento (Física, Química, entre outras). Já a segunda está mais voltada para a área da Psicologia. Elas serão utilizadas como sinônimos, o que não é errôneo, mas fazemos essa ressalva para fins didáticos e de esclarecimento (COSTA, 2010). Bertalanffy (2000) confere importância ao *Pensamento Sistêmico* como um movimento científico. Por meio de suas concepções de sistema aberto e de sua Teoria Geral dos Sistemas, o autor conceitua sistema como um complexo de elementos em estado de interação. A interação ou a relação entre os componentes torna os elementos mutuamente interdependentes e caracteriza o sistema, diferenciando-o do aglomerado de partes independentes (VASCONCELLOS, 2010). Esse biólogo (1973) concebia que as leis aplicadas aos organismos biológicos poderiam ser ampliadas para outras áreas do conhecimento e elaborou a Teoria Geral dos Sistemas. Para o autor, um sistema representa um conjunto complexo de elementos em interação, que formam um todo unitário e organizado.

A Teoria Geral dos Sistemas (TGS) combina conceitos do *Pensamento Sistêmico* e da Biologia (COSTA, 2010) e concebe que o universo pode ser pensado como um grande organismo vivo, ou seja, no Modelo Organicista (PINHEIRO; CREPALDI; CRUZ, 2012). Pressupõe-se, então, que os fenômenos não podem ser considerados isoladamente, mas como parte de um todo. Assim, o todo emerge além da existência das partes e “as relações são o que

dá coesão ao sistema todo, conferindo-lhe um caráter de totalidade ou globalidade, uma das características definidoras do sistema” (VASCONCELLOS, 2010, p. 199).

A TGS contribuiu significativamente para a elaboração de conceitos que fundamentam a concepção de família como um sistema. Dentre esses conceitos, destacam-se: a equifinidade, a globalidade, a homeostase, a morfogênese, a noção de causalidade circular e o princípio da não – somatividade. Quanto à causalidade circular, pressupõe que cada efeito no sistema pode retroativamente alterar a causa que o determinou, ou seja, na realidade, não existem causas e efeitos, e sim, um sistema de influências recíprocas (OSÓRIO; VALLE, 2002). No sistema familiar, esse sistema é representado pelo fato de que cada membro influencia os demais e, ao mesmo tempo, é influenciado por eles (CERVENY, 1994). Já o princípio da não somatividade diz respeito à totalidade do sistema, de modo que o comportamento considerado como um todo é mais complexo do que a soma dos comportamentos de cada uma das partes (VASCONCELLOS, 2013). Nesse sentido, segundo os pensamentos subjacentes da Teoria Geral dos Sistemas, é primordial que o foco dos estudos e intervenções com famílias sejam voltados para as relações e seus padrões de funcionamento do grupo familiar e que se fique atento para que o sujeito não perca sua individualidade (GOMES *et. al.*, 2014). A TGS, a Cibernética e a Teoria da Comunicação Humana influenciaram o início da Teoria Familiar Sistêmica (OSÓRIO; VALLE, 2002).

Compreendemos que, com base nas teorias apresentadas, é necessário trazer para o debate a chamada tecnologia social, que partiu da crítica ao modo de produção e disseminação da ciência e da tecnologia, afinadas diretamente com os interesses econômicos, advogando que o desenvolvimento científico e tecnológico deve promover a inclusão social (DAGNINO, 2010). Essa tecnologia se contrapõe ao caráter verticalizado, assistencialista e paternalista (concebido pelos *experts* e incorporado pelos destinatários) da tecnologia apropriada dos anos 1960, apesar de ter a mesma finalidade – a de servir aos excluídos no contexto da produção tecnológica, com participação ativa nos processos de construção e em sua apropriação. A abordagem defendida pela tecnologia social se nega a essa determinação verticalizada e valoriza o protagonismo de indivíduos e comunidades no processo de desenvolvimento tecnológico para solucionar seus problemas, incorporando não apenas o conhecimento científico, mas também a sabedoria popular, ou seja, retira-se o sentido de transferência de tecnologias para o de construção coletiva de tecnologias. Assim, as tecnologias sociais podem ser definidas como

um conjunto de técnicas e metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela, que representam

soluções para inclusão social e melhoria das condições de vida (ITS, 2004, p. 130).

Quanto aos princípios éticos e políticos que sustentam as proposições em torno da tecnologia social, têm se disseminado por diferentes campos do conhecimento, áreas sociais e área de saúde, em busca de respostas para os diversos problemas relacionados à geração de renda, educação, meio ambiente, recursos hídricos e saúde. A saúde é uma área que tem um número significativo de iniciativas com a designação de tecnologia social, através dos produtos ou de serviços. Outra tecnologia social foi a Reforma Sanitária, que teve como resultado as diretrizes e os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde.

Ainda são necessários diversos impulsores para a saúde, como a tecnologia social, as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças que fomentam a participação, o pensamento crítico e a produção coletiva de conhecimento em busca de soluções para questões da vida prática. Nessa linha de construção e de fortalecimento, a TCIS foi criada há mais de 20 anos por um médico brasileiro, ao identificar o sofrimento psíquico vivido pelos moradores de uma comunidade pobre no Ceará, onde, ao invés do atendimento clínico psiquiátrico clássico para o qual foi demandado, o médico optou por reunir esses moradores, a fim de identificar, discutir e levantar soluções para os seus problemas (BARRETO, 2008). Assim, foi inaugurada mais uma tecnologia social.

A TCIS trata de uma tecnologia ancorada na Psicologia Sistêmica, na Educação Popular e na Antropologia, em intensa interação e valorização com a população e os movimentos sociais locais. Seus pressupostos estão alinhados com os da tecnologia social, cujos horizontes democráticos visam atender a demandas sociais a partir da construção dialógica de conhecimentos e de proposição de soluções gerando a apropriação pelos beneficiários e sua sustentabilidade.

Em 2008, foi assinado um convênio entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Ceará para implantar a TCIS na Rede de Assistência à Saúde do SUS. Foram capacitados 1,1 mil profissionais das equipes de saúde da família, objetivando desenvolver competências necessárias para a promoção das redes de apoio social na atenção básica (BARRETO, 2008a).

A TCIS foi recomendada também pelo Governo Federal, por meio da Política de Humanização da Saúde - o Humaniza SUS – que a afirmou como uma atividade de acolhimento nas práticas de produção de saúde (BRASIL, 2010). Essa terapia visa valorizar as práticas populares, os conhecimentos e os saberes acumulados e um dos seus princípios é de trabalhar

com o sofrimento psíquico do grupo, a fim de resgatar nos indivíduos a autoestima, os compartilhamentos das emoções e as tomadas de decisões e oportuniza trocas de experiências vividas (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

Acreditamos que a TCIS ofertada no Ambulatório TT da Paraíba ocupou um espaço importante de fortalecimento do empoderamento dos familiares de pessoas transexuais, quebrando paradigmas voltados para o cuidado ampliado, sem se limitar ao/à usuário/a do ambulatório propriamente dito, oportunizando um espaço de participação solidária e atuando na perspectiva de promoção da saúde, preconizada nas Políticas de Nacionais de Saúde.

3 MÉTODO

Todo processo investigativo pressupõe um embasamento teórico-metodológico que auxilie o pesquisador a traçar caminhos que deverão ser percorridos ao longo da pesquisa. A seguir serão apresentadas as etapas metodológicas percorridas para compreender realidade investigadas sob os aspectos científico, subjetivo e político, estando diretamente implicados no decorrer do processo de investigação do objeto estudado.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação-participante. Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa propõe a subjetividade como fundamento do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, sem se preocupar em quantificar, mas explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais e os resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

Segundo Chizzotti (2008), a pesquisa-ação segue diversas orientações, todas visando fazer um diagnóstico fundamentado dos fatos para alcançar uma mudança intencional no comportamento dos indivíduos ou de uma fração da população e propor a ação saneadora ao problema enfrentado. A ação é implementada e monitorada, avaliando-se sua execução e verificando-se os resultados da ação, para, em seguida, tomar uma decisão racional sobre uma nova modificação.

A pesquisa-ação foi empregada no âmbito da saúde, é aliada ao método qualitativo e proporciona uma relação dialógica e comunicativa entre o colaborador pesquisado e o pesquisador. Nesse método, o elemento disparador de reflexões é o conhecimento trazido pelo indivíduo, que pode ser partilhado e reconstruído em um contexto de participação social, coletivo e ativo (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008; MONTEIRO *et al.*, 2010).

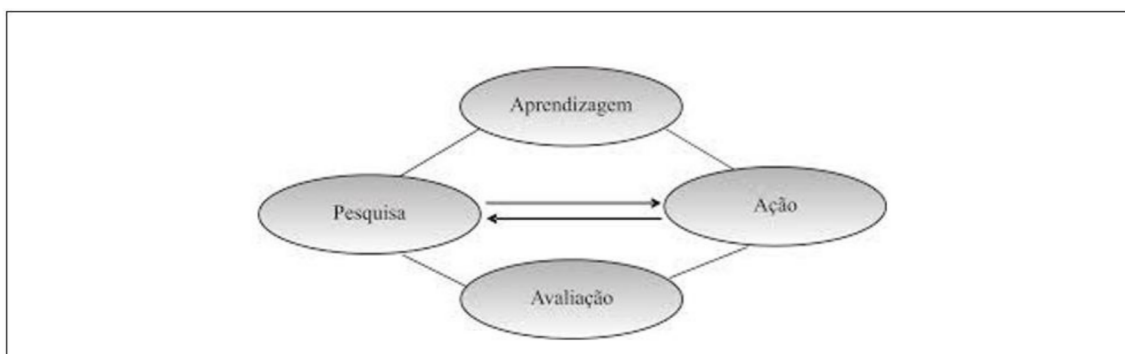
A pesquisa-ação surgiu nos Estados Unidos no final da década de 1930. O primeiro pesquisador a publicar informações nessa modalidade foi o psicólogo alemão Kurt Lewin, que fundamentava seus estudos nas questões sociais. Outro pesquisador dessa área foi o sociólogo John Collier, Comissário do Departamento de Assuntos Indígenas, que utilizou a pesquisa-ação objetivando melhorar as relações inter-raciais em nível comunitário durante a segunda guerra (ROCHA; AGUIAR, 2003; 2005).

Toledo e Jacobi (2013) ressaltam que a pesquisa-ação é educativa, comunicativa,

cultural, prática e política. Essas características surgem progressivamente no decorrer da pesquisa, o que geralmente não acontece em outras modalidades de investigação científica.

Na literatura estrangeira, segundo Rocha e Aguiar (2003), há uma grande preocupação entre os pesquisadores em diferenciar as pesquisas participativas (também chamadas de pesquisas ação ou *Action Research*) e não participativas e elencar as metodologias de pesquisas participantes, da pesquisa-ação e da pesquisa-intervenção. No Brasil, existe certa dificuldade de conceituar essas diferenças, e isso gera algumas incompreensões. Thiollent (2011) apresenta uma das maiores justificativas da pesquisa-ação, que é o *feedback* de informação gerado e circulado ao longo da pesquisa, visto que a relação entre o conhecimento e a ação surge quando se age e quando se faz. Trata-se, pois, da analogia conhecer para fazer e conhecer para agir.

Ilustração 1 – Relações entre a pesquisa-ação



Fonte: Thiollent, 1997 - Google - 2019

A pesquisa ação visa, essencialmente, unir a pesquisa e a ação em um único processo, do qual os atores diretamente implicados participam junto com os pesquisadores, para, na interação, conseguirem esclarecer e resolver a realidade em que estão inseridos ao identificar os problemas coletivos, buscando e experimentando soluções em situação real (THIOLLENT, 1997).

McKay e Marshall (2001) asseveram que a essência da pesquisa-ação se encontra encapsulada em seu nome: a justaposição de pesquisa e ação ou de prática e da teoria. Nesse sentido, estamos diante de uma abordagem de pesquisa comprometida com a produção de conhecimentos por meio da busca de soluções de problemas ou melhorias em situações práticas da vida como ela é, da “vida-real”.

Dick (2000) afirma que a caracterização da pesquisa-ação varia de um autor para outro, no entanto existe um conjunto de pontos comuns a todos: tem uma natureza reflexiva e cíclica; atua em uma situação existente com o objetivo de ampliar e aperfeiçoar o conhecimento diante do assunto e, por fim, é predominantemente qualitativa.

Arduino (1988) discute sobre a pesquisa ação não só como uma alternativa metodológica, mas também epistemológica, e o que está implícito não é método, e sim, a busca por compreender, e não, por explicar o fenômeno. Para Thiollent (2011), trata-se de uma questão de terminologia e sendo toda pesquisa ação, também, do tipo pesquisa participativa, mesmo que nem tudo o que se chame pesquisa do tipo participante seja uma pesquisa-ação. Para esse autor,

A pesquisa participante é, em alguns casos, um tipo de pesquisa baseado em alguma metodologia de observação participante na qual os pesquisadores estabelecem relações comunicativas com pessoas ou grupos da situação investigada com o intuito de serem melhor aceitos (THIOLLENTE, 2011, p. 21).

Barreto (2009), no entanto, sustenta que não há diferença tão relevante entre o que se chama de pesquisa-ação, pesquisa-intervenção e pesquisa-participante. Segundo ele, a pesquisa-ação também é participante, e a pesquisa-ação participante é vista como um método em que a sensibilidade e a qualidade da relação entre o pesquisador e a comunidade são tão importantes quanto as ferramentas técnicas utilizadas. Por fim, Gajardo (1999) entende que supõe uma troca intersubjetiva entre todos os que fazem parte dela, incluindo o pesquisador, tomando como ponto de partida a experiência do grupo à luz do conhecimento científico.

A teoria da TCIS, que foi abordada no referencial, orienta o/a terapeuta a conduzir a roda, e um dos objetivos é de estimular a fala dos/as participantes para que tenham a oportunidade de relatar situações vivenciadas no cotidiano. Por essa razão, conduzimos a roda para que as pessoas pudessem falar de seu sofrimento para o grupo. Nesse momento, o terapeuta deve manter-se atento à escuta de si, a fim de ressignificar conceitos, valores, ideias e, sobretudo, aprender com as experiências levadas pelos/as participantes do grupo. A esse respeito, cabe lembrar que, “no plano dos acontecimentos, a ação/intervenção deve guardar a possibilidade do ineditismo da experiência humana e que o/a pesquisador/a esteja sempre à disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela” (PAULON, 2005, p. 21). Ao longo da minha jornada nesta pesquisa, ficou claro que a mudança/transformação não ocorreu somente com os/as participantes da pesquisa, mas também com a pesquisadora.

Uma das características da pesquisa ação/intervenção é de ser autoavaliativa. No decorrer do processo, poderão ser introduzidas algumas estratégias de intervenção que podem resultar em mudanças de direção e/ou de redefinições de acordo com a necessidade, uma vez que as fases finais são utilizadas como maneira de aprimorar os resultados obtidos nas fases anteriores (ENGEL, 2000). Depois da realização de cada roda de TCIS, buscou-se avaliar a

forma de conduzir (considerando o passo a passo) e as falas dos/as participantes por meio da conotação positiva (BARRETO, 2008).

Como a TCIS (pesquisa de ação/intervenção empregada neste estudo) é uma tecnologia utilizada para prevenir o adoecimento e promover saúde, que potencializa o diálogo dos/as participantes a partir de suas experiências cotidianas, possibilitou intervenções, reflexões e impressões, provocando autoconhecimento por parte dos/as participantes, conduzindo-os a processos de subjetivação nas situações rotineiramente vivenciadas.

McKay e Marshall (2001) apresentam um esquema que mostra que o desenvolvimento de um projeto de pesquisa-ação requer oito etapas, como pode ser visto na ilustração 2 a seguir. A etapa 1 consiste em identificar o problema que se tenha interesse em resolver; a etapa 2 é a de busca de uma ampla revisão bibliográfica para que sirva de suporte para o problema identificado; a etapa 3 consiste em desenvolver um plano de ação para solucionar o problema; a etapa 4 é aquela em que se coloca o plano de ação em prática; a etapa 5 consiste em monitor as ações diante dos resultados encontrados; a etapa 6 é aquela em que se avaliam os efeitos das ações; a etapa 7 consiste em implementar as etapas 3 e 6, caso necessitem de ajustes diante do plano e dos resultados obtidos; na etapa 8, o problema deverá ter sido resolvido, e os objetivos da pesquisa atingidos com sucesso.

Ilustração 2. Passos de um projeto de pesquisa-ação



Fonte: Adaptado de McKay e Marshall (2001). Através do buscador Google, 2020.

A pesquisa ação, além de integrar a teoria e a prática na construção de saberes, remete à necessidade de incluir e valorizar grupos sociais na busca por respostas para seus problemas e os desafios (THIOLLENT, 2011; BARBIER, 2002).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Elegemos como cenário do estudo o Ambulatório de Travestis e Transexuais (Ambulatório TT) da Paraíba, localizado no Complexo Hospitalar Clementino Fraga, da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. Esse espaço foi inaugurado no dia 24 de julho de 2013, e sua primeira demanda concretizada por meio do Comitê Estadual de Saúde Integral da população de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT), (formado por gestores estaduais e por militantes LGBTT representantes de diversas ONGs da Paraíba). Foi o primeiro ambulatório inaugurado com esse perfil no Nordeste.

A escolha desse espaço para o estudo foi devido a minha imersão, vinculação e o comprometimento em fortalecer a Política Estadual para a Saúde Integral da População LGBTT na Paraíba.

Ilustração 3 – Fachada do Ambulatório de Travestis e Transexuais da Paraíba



Fonte: Google Imagem – 2020

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo familiares de usuários/as do Ambulatório TT que se encontravam em acompanhamento pelos/as profissionais da equipe e estavam passando pelo processo transexualizador, ênfase dada ao grupo populacional devido à falta de estudos a

respeito dos cotidianos dos pais e mães de pessoas transexuais. Na época em que os dados foram coletados, o ambulatório contava com 626 usuários/as - 363 mulheres trans, 237 homens transexuais e 26 travestis (PARAÍBA, 2020).

O Ambulatório TT não dispunha de um grupo de pais e mães formado, por isso foi criado um para a realização da pesquisa. Para selecionar os/as participantes, foram realizadas diversas reuniões com a Direção e o gerente do ambulatório para apresentar o projeto de pesquisa. Nessa ocasião, desencadearam-se diversos encaminhamentos referentes ao recrutamento e à participação da equipe do ambulatório na divulgação do grupo de TCIS e, posteriormente, no envio de convites para implantar o grupo de pais e mães de pessoas transexuais.

Definimos, conjuntamente, os critérios de inclusão e exclusão dos/as participantes e avaliamos o nível de envolvimento e de responsabilidade no processo transexualizador de cada pai e mãe que fariam parte do grupo. O gerente apresentou uma lista com prováveis participantes, com 15 familiares com o perfil adotado na pesquisa. Quanto ao convite, foi feito, inicialmente, por telefone e, posteriormente, por meio de mensagens individuais através do aplicativo *whatsapp*, para que estivessem presentes no dia da apresentação do projeto. Dos quinze pais e/ou mães convidados/as, onze estiveram presentes.

Para escolher os/as participantes da pesquisa, adotamos os seguintes critérios de inclusão: 1) ser pai ou mãe de uma pessoa transexual que estivesse sendo acompanhado/a no Ambulatório TT; 2) mostrar-se interessado/a com a realidade do/a filho/a; e 3) estar disponível para participar do grupo durante, aproximadamente, cinco meses. O critério de exclusão consistiu em excluir o/a participante do grupo que tivesse falta de seguimento (que não estivessem presente em 03 (três) reuniões consecutivas. Do universo de onze familiares que estiveram presentes na reunião de apresentação, 10 atenderam aos critérios de inclusão do projeto. No decorrer das rodas de TCIS, uma nova colaboradora foi convidada para participar do grupo. Portanto, o grupo ficou composto de onze participantes.

Diversos/as autores/as apontam que existe um número limitante de participantes para um grupo terapêutico. Lego (1998) considera que a formação ideal é de cinco a dez pessoas; Clark (1987), entre quatro e 12; e Sampsons e Martha (1990), de duas a 15. Townsend (2014) refere que quanto maior o grupo menor será o tempo destinado a cada participante, o que influencia diretamente a capacidade de interagir.

Quanto ao quantitativo recomendado referente ao limite de participantes para a roda de TCIS, que também é um grupo terapêutico, Barreto (2008) considera que o espaço físico e o desejo dos/as participantes de partilharem suas histórias e experiências de vida são os critérios

mais relevantes, e não, o quantitativo de pessoas na roda.

3.4 COLETA DE MATERIAL EMPÍRICO

Foram utilizados dois instrumentos de investigação: o roteiro passo a passo da TCIS e a ficha de Organização das Informações da TCIS (anexos II e III respectivamente). O primeiro é o protocolo para o bom desenvolvimento da técnica de TCIS, e o segundo, um instrumento de acompanhamento durante o decorrer da TCIS que é composto de dados como: local e data da TCIS, número de participantes, lista dos principais temas apresentados, tema escolhido, mote proposto, estratégias que foram sugeridas para o enfrentamento do tema escolhido e conotação positiva. Ambos instrumentos são utilizados foram desenvolvidos por Adalberto Barreto, o inventor da TCIS.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Depois de um contato por telefone, os/as pais e mães foram convidados/as a participar da roda de TCI, com data e hora marcadas para a primeira roda de TCIS. Minutos antes do horário combinado, os/as terapeutas já estavam no local, preparando o ambiente (organização das cadeiras em círculo, climatização do ambiente, testagem do equipamento de gravação, último olhar no roteiro de entrevista e a ficha de organização das informações da TCIS). Em seguida, os/as pais e mães foram chegando e, por ordem de chegada, eram recepcionados/as e convidados/as a se acomodar na sala. Em seguida, foi apresentada a proposta de pesquisa e, posteriormente, iniciada a roda de TCIS. No item 3.6 (a seguir), serão apresentados os passos seguidos para aplicar as rodas de TCIS.

Nesta pesquisa, utilizamos como instrumentos de produção de material empírico os seguintes elementos: o diário de campo, as gravações dos áudios de cada roda de TCIS, os apontamentos do roteiro da TCIS, o passo a passo da TCIS e a ficha de avaliação da TCIS.

O diário de campo foi uma ferramenta importante no auxílio do registro das rodas de TCIS. Tivemos sempre ao nosso lado a contribuição de um coterapeuta, uma vez que o terapeuta conduzia a roda de TCIS, e o coterapeuta fazia as anotações na ficha de TCIS.

3.5.1 Etapas da TCIS

Etapas práticas para a implantação da TCIS para pais e mães de pessoas transexuais no

Ambulatório TT:

1ª Etapa: preparação da equipe

Como já apresentado, foram necessárias algumas reuniões para apresentar a proposta e o planejamento da implantação de rodas de TCI para pais e mães de pessoas transexuais.

2ª Etapa: Inserção no campo

Logo depois da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPB, especificamente no dia 20 de novembro de 2019, fomos autorizadas oficialmente para nos inserimos como pesquisadora no campo da pesquisa. Na semana seguinte à liberação do Comitê de Ética, buscamos o serviço com o intuito de informar sobre a necessidade de darmos os próximos passos para implantar o grupo de pais e mães de pessoas transexuais.

a) Fase preparatória: Aproximação e negociação

Participamos de uma reunião de equipe com os/as profissionais do ambulatório, para apresentar a proposta do projeto de tese e falar da implantação do grupo de pais e mães de pessoas transexuais do ambulatório. De imediato, a proposta foi bem acolhida por todos/as e, nesse momento, foi disponibilizada uma sala para a realização das rodas de TCIS.

b) Fase de comprometimento

Inicialmente, o gerente do ambulatório apresentou uma lista de nomes de pais e mães de pessoas transexuais que estavam em acompanhamento no ambulatório. Fizemos o primeiro contato através de telefone para convidá-los/as (como falado anteriormente) para um primeiro encontro, em que apresentaríamos a proposta de pesquisa e em faríamos a primeira roda de TCIS.

c) Fase de intervenção

Na data e na hora agendadas com os pais e as mães, apresentamos os objetivos do projeto de intervenção. Depois de aceitar participar da pesquisa, eles/as foram orientados/as a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e, em seguida, iniciamos a primeira roda de TCIS, no horário previsto e obedecendo ao passo a passo da técnica. Logo depois da conclusão da roda, definimos, em conjunto, o dia e o horário mais apropriados para o grupo no próximo encontro. Assim, foi implantada a roda de TCIS no Ambulatório TT da Paraíba.

d) Fase de avaliação

Depois das 11 rodas de TCIS, decidimos concluir a coleta dos dados, devido à pandemia do coronavírus (Covid 19), que interferiu na manutenção dos encontros de forma segura, e avaliamos que os temas discutidos já estavam sendo repetidos, e as rodas realizadas apresentavam um conteúdo satisfatório para o banco de dados da pesquisa. Sendo assim, passamos para as etapas de análise do material produzido e seus resultados.

As realizações das rodas de TCIS seguiram o protocolo criado por Barreto (2008), que tem uma sequência de cinco passos. Como não é possível registrar toda a riqueza das vivências das rodas de TCIS, apresentaremos uma síntese de cada etapa realizada.

O acolhimento – O/a terapeuta acomoda os/as participantes de modo que possam ter todos em seu campo de visão. A melhor forma é em círculo. Explicamos aos/às participantes que seria necessário gravar as rodas de TCIS e manter o sigilo em relação às falas gravadas. Posteriormente, iniciamos a roda de TCIS e solicitamos que expusessem acontecimentos positivos ocorridos nos últimos dias em seu cotidiano. Nessa etapa, nós nos apresentamos como terapeutas, explicamos os objetivos da pesquisa e a técnica que seria empregada. Aplicamos dinâmicas de acolhimento e fomos surpreendidos/as com a aceitação e a participação ativa do grupo desde o primeiro encontro.

No acolhimento, o terapeuta dá as boas-vindas, fala sobre os objetivos, as regras de convivência em grupo estipuladas pela terapia: fazer silêncio quando o outro estiver falando; falar da própria experiência; não julgar; não dar conselhos. Se a fala do outro lhes remeter à lembrança de uma música, uma piada, um poema ou um conto que tenha alguma ligação com o tema discutido, podem levar para a roda. Nesse primeiro momento da TCIS, também se podem celebrar aniversários, momentos felizes e conquistas vivenciadas recentemente. Por fim, o terapeuta ainda pode aplicar uma dinâmica para aquecer e integrar os/as participantes, se achar necessário.

A escolha do tema – Esse momento é para que o grupo seja estimulado a falar sobre suas dores, sobre o que está lhe fazendo sofrer. O terapeuta estimula os/as participantes a relatarem, em uma frase (como uma manchete de jornal), o que está lhes incomodando, anota os temas apontados e, em seguida, apresenta as manchetes trazidas pelos/as participantes e uma síntese, que é colocada para votação. O tema mais votado terá a oportunidade de ser aprofundado. Por fim, o/a terapeuta agradece a todos os que confiaram e verbalizaram suas problemáticas e se dispõe a ouvir quem necessitar no final da roda.

Contextualização – Esse é o momento em que o tema escolhido poderá ser debatido por quem o sugeriu. Para facilitar a compreensão, podem ser feitas perguntas para esclarecer o problema. As perguntas contribuem significativamente para que a pessoa que está falando reflita sobre sua vivência.

Problematização – Esse é o momento em que o/a terapeuta apresenta o MOTE ou a pergunta-chave, que estimula o grupo a refletir, e a pessoa que expõe o problema fica em silêncio. Quanto ao restante do grupo, fala de situações próximas ao tema que vivenciaram e o que fizeram para superá-la.

Encerramento – O/a terapeuta se dirige à pessoa cujo tema sugerido foi escolhido e lhe oferta uma conotação positiva acerca de sua história. Quase no final da TCIS, formam um círculo de mãos dadas, e cada grupo cria seu ritual, que pode ser de cânticos religiosos, músicas de ninar, danças, orações e/ou abraços, e o/a terapeuta sugere que se pronunciem a respeito do que estão levando do encontro (roda de TCIS). Nesse momento, formam-se as redes sociais, que se solidificam, como uma teia que une cada indivíduo à comunidade e, no final do encontro, começam a se construir novas redes sociais.

3.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O material produzido nas rodas de TCIS foi gravado em áudio e transcrito. Os dados foram organizados de forma sistemática para identificar as ideias centrais. Os dados foram analisados de acordo com o método da Análise Temática de Conteúdo (BARDIN, 2011) - um conjunto de técnicas de análise das comunicações que envolve três etapas básicas cujos polos cronológicos (a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação) possibilitam organizar e explorar os dados provenientes da coleta. Foi definido que estaríamos utilizando a letra R que representaria as rodas da TCIS e acrescentaríamos o número de cada roda realizada a letra R.

Depois de explorar o material empírico, definimos as categorias (sistemas de codificação) e identificamos as unidades de registro (unidade de significação), visando categorizar e contar (frequencial) as unidades de contexto, para codificar a unidade de registro correspondente ao segmento das mensagens (BARDIN, 2011).

Quanto ao processo de formação das categorias, concretizou-se depois de feitas a seleção do material e a leitura flutuante. A exploração foi realizada através da codificação, dando início ao tratamento e à análise dos dados, e desenvolvidas intencionalmente para evidenciar, de forma sistemática, a construção progressiva das categorias de análise (iniciais,

intermediárias e finais) (BARDIN, 2011).

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada conforme os preceitos éticos que regem a pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética (CEP), do Centro de Ciências e da Saúde (CCS), com o nº do CAAE 18787419.50000.5188 e nº do parecer 3.715.700. Depois que o projeto foi aprovado e de ter sido assinado o TCLE, foram iniciadas as rodas de TCIS. Mantivemos em sigilo os nomes dos/as participantes, que foram informados/as previamente sobre a pesquisa e o uso do material empírico para elaborar a tese e divulgar o trabalho científico originado com base nas informações cedidas e de que poderiam desisti de participar da pesquisa em qualquer momento, sem que fosse gerado nenhum prejuízo para eles/as.

No que diz respeito às gravações, antes de cada roda de TCIS, o coterapeuta disponibilizou um livro de registro de frequências e autorização de gravações para, no final da pesquisa, entregar à equipe e à coordenação do serviço uma devolutiva dela.

Os riscos são inerentes a todas as pesquisas que envolvem seres humanos e podem ser imediatos ou tardios. A pesquisa poderia ter apresentado o risco de expor dos/as participantes, de constrangê-los/as e/ou de quebrar o sigilo e o anonimato. Por isso foram adotados os cuidados necessários para evitar a ocorrência de algum dos riscos de exposição citados. Objetivou-se a privacidade, na tentativa de garantir o uso exclusivo das informações colhidas para a pesquisa em tela, o agendamento e a aplicação da roda de TCIS, e seus instrumentos foram realizados conforme a disponibilidade dos/as participantes.

Quanto aos benefícios, acreditamos que foram reduzidos os níveis de ansiedade e de medo, as dores na alma, as preocupações e outros tipos de sofrimento, proporcionando reflexões individuais e coletivas geradoras de transformações sistêmicas e promotoras de apoio de familiares e da ampliação da rede de cuidados.

4 ANÁLISES E DISCUSSÕES

Toda esperança traz consigo um medo, e todo medo cura-se ao tornar-se a esperança correspondente. Foi por sua natureza mutável, instável e inquieta que esses sentimentos foram incluídos pela Antiguidade Clássica entre os males da caixa de Pandora.

O que a alma exige do espírito, nessa situação desconfortável, não é tanto um dom profético para preservar o futuro, e, assim confirmar a esperança ou o medo.

HANNAH ARENT (A vida do espírito)

4.1 DISCUSSÕES SOBRE AS CATEGORIAS

Neste capítulo, apresentaremos os resultados e as discussões a respeito das categorias temáticas que emergiram do *corpus* documental proveniente das transcrições das rodas de TCIS com pais e mães de pessoas transexuais. Os temas identificados nos possibilitaram criar duas categorias empíricas: 1) Os cotidianos de pais e mães de pessoas transexuais e 2) Contribuições e estratégias de superação das rodas de TCIS para a vida de pais e mães de pessoas transexuais.

A seguir quadro com números e temas discutidos nas rodas de TCIS utilizadas nas categorias a seguir.

Quadro 1: Número de rodas utilizadas na pesquisa e seus temas.

Nº de Rodas utilizadas na pesquisa	Rodas	Temas
01	Roda 1	Perseguição
02	Roda 2	Intolerância da sociedade diante das pessoas transexuais.
03	Roda 3	Afastamento da família diante da transição da filha
04	Roda 5	Preocupação com o filho transexuais em espaços públicos
05	Roda 7	Preocupação com o futuro do filho transexual

06	Roda 8	Tristeza diante a péssima condução do país diante das Políticas Públicas voltado á população LGBTTT
07	Roda 9	Preconceito da sociedade diante das pessoas transexuais
08	Roda 11	Desumanidade da sociedade diante das pessoas

4.1.1 Categoria 1: Os cotidianos de pais e mães de pessoas transexuais

Essa categoria apresenta aspectos voltados para o conjunto de situações cotidianas vivenciadas por pais e mães em situações a que seus/as filhos/as estão expostos/as, por divergirem das regras socialmente impostas no que tange às diversidades de gênero que influenciam diretamente o cotidiano dos/as pais e mães. Retrata, ainda, os sentimentos vivenciados pelo cotidiano de violência presente em várias formas de expressões como desrespeito, intolerância, abandono, discriminação, estigma, preconceito e violência subjetiva, simbólica e física com que se deparam os/as filhos/as por causa da transexualidade, que desencadeiam desdobramentos negativos para a saúde mental dos seus pais e mães.

Para alguns/as pais e mães, é motivo de ansiedade saber se seus/as filhos/as serão meninos ou meninas. Esse tipo de expectativa corresponde às experiências de vida e à psicodinâmica individual dos pais. A partir daí, começam a construir e a idealizar histórias para aquela criança que respondam às suas expectativas no que se refere à sexualidade. Então, se for menino, será levado a se sentir como homem, e se for menina, será levada a se sentir como mulher. Como essas sensações são voltadas para o psiquismo, eles começam a se perceber como homem ou como mulher (SEIXAS, 1998).

A partir do momento em que seus/as filhos/as se identificam como uma pessoa transexual (ou que eles mesmos percebem que existia algo que precisavam compreender sobre suas identidades de gênero), esse assunto passa a fazer parte de suas vidas, desencadeia diversas necessidades (aprendizado, ampliação do conhecimento, desconstruções de valores, culturais, morais e sociais), e eles/as passam a compreender o grau de exposição e de vulnerabilidades que seus/as filhos/as terão que enfrentar na sociedade. A Constituição brasileira define família

como o núcleo em que o ser humano é capaz de desenvolver todas as suas potencialidades individuais pautada no princípio da dignidade humana, além dos princípios do Direito das Famílias (BRASIL, 2014).

Para Gomes, Silva e Pessini (2011), a família, como instituição, é uma estrutura social, afetiva e econômica do sujeito, por meio da qual se constroem as relações. Nesse enfoque, a família é considerada a primeira instância, que transmitirá valores e ensinamentos sobre questões de papéis, formação como pessoa, moralidade e conceitos de mundo. Por isso, esperamos que o papel da família seja de compreender e de acolher e que o ambiente familiar favoreça a vivência integral e segura das individualidades, caso contrário, produzirá exposição e intensas fragilidades na sociedade. Já como um sistema, é a referência para o desenvolvimento da identidade sexual e de gênero e a matriz identitária, lugar onde a criança se encontra inserida desde o nascimento e onde formará sua identidade social (MORENO, 1975).

Como um dos pilares da TCIS, o *Pensamento Sistêmico* é considerado o novo paradigma da ciência ou pensamento novo-paradigmático, que avança em relação a compreender e a valorizar o todo a partir das partes, convidando para um olhar refinado para o alvo (no nosso caso, a família), passando a valorizar a subjetividade e a intersubjetividade de cada ente, uma vez que a instabilidade de um ente será refletiva no todo da família (VASCONCELOS, 2014).

Quanto ao conceito de família na perspectiva sistêmica, vem sendo ampliado e modificado com o estabelecimento de novos padrões culturais, costumes, valores e determinantes sociais. Esse não é um sistema estático, mas bastante dinâmico e em constante transformação (AUN; VASCONCELLOS; COELHO, 2005; SANTOS; MACEDO, 2008).

Tanto do ponto de vista prático quanto do político, a família continua ocupando um lugar de destaque na sociedade. Por ser considerada um sistema aberto e estar em constante construção, talvez, em nenhuma outra instituição, haja tanto espaço e cuidados em torno da diferença. Observamos, nas rodas de TCI, que vários movimentos foram realizados para que ocorressem experiências concretas na busca de informações e de ajuda para pais e mães sobre a transexualidade de seus filhos e filhas. Tiveram que se reinventar como pais e mães, estudaram o tema e procuraram serviços e profissionais de saúde que poderiam contribuir para ajudar seus/as filhos/as e a si mesmos/as. Nesse sentido, os pais e as mães relataram algumas compreensões, ajustes e mudanças em seus cotidianos.

A presença de um/a filho/a transexual em uma família poderá exigir de cada um/a de seus membros algumas alterações, por vezes, radical em sua maneira de agir com o/a outro/a, além de requerer mudanças de atitude em relação ao modo de viver, às rotinas do lar e em busca de cuidados psicológicos, visitas ao endocrinologista junto com o/a filho/a, dentre outras

especialidades médicas e até mudança de valores morais e culturais, ou seja, alterações que incidem em diferentes dimensões que independem das condições sociais.

Outro pilar da TCIS é a *antropologia cultural*, que chama a atenção para a importância da cultura que é referência para os povos se basearem nas práticas e nas concepções de valores culturais de seus cotidianos. E para discutir sobre as identidades sexuais e de gênero, tem-se que se discutir sobre cultura, que é um elemento fundamental na construção da identidade individual e coletiva. A antropologia tem a alteridade como um dos conceitos fundamentais, que visa descobrir as diversas singularidades, com o intuito de agregar concepções diversificadas da humanidade. Assim, a *antropologia cultural* ressalta que os valores e as crenças são fatores importantes na formação da identidade do indivíduo e do grupo e que a transformação social só será possível quando considerar duas vias: a do conhecimento científico e a do saber popular (BARRETO, 2008).

Segundo Santos, Giacomini e Firmo (2015), as características da alteridade vão ao encontro da compreensão de um centro no mundo, uma vez que amplia as oportunidades e diferentes formas de cultura e de saberes com suas peculiaridades, inclusive no âmbito da saúde, tendo como prática o espaço em que as pessoas firmam o compromisso de se reconhecerem em suas diferenças no encontro oportunizado pela TCIS.

Podemos observar características da referida teoria no fragmento da TCIS R5 a seguir, que afirma que a transição dos/as filhos/as para outro gênero modifica completamente a perspectiva de vida dos pais e das mães, intervém diretamente em suas vidas e causa mudanças de paradigmas para a família. Acresce-se a esses fatores o aumento da responsabilização por parte deles diante de seus/as filhos/as, que passam a experienciar situações diferentes das que os pais e as mães de pessoas cisgêneras vivenciam, como as discriminações e os preconceitos contra suas identidades de gênero, o que requer uma atenção redobrada e mais cuidado na busca cotidiana para proteger seus/as filhos/as perante.

Ter um filho transexual é uma mudança de perspectiva de vida total, pois os pais já vivem para os filhos e você vive agora duplamente, triplamente para os filhos, porque agora você não vai só lidar com as situações normais da vida, vai ter que lidar com discriminações e preconceitos, com alguém que vai olhar torto nos espaços públicos. (R5)

Acreditamos que os modelos clássicos de compreensão dos fenômenos de opressão na sociedade (sexo/gênero, raça/etnicidade, classe, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero e deficiência) estão diretamente interligados e agem de forma dependente uns dos outros, por meio de um sistema de opressão que reflete a intersecção de múltiplas

formas de discriminação (AZZARITO; SOLOMON, 2005; BROWNE; MISRA, 2003; FRANCISCO; PALCZEWSKI, 2007; MCCALL, 2005; NASH, 2008; STAUNAES, 2005).

Todas as pessoas estão expostas às vulnerabilidades, mas quando se trata de transexuais, essas vulnerabilidades se sobrepõem e se multiplicam cotidianamente. Nas rodas de TCIS, pais e mães revelaram diversas formas de influenciar a realidade a que seus/as filhos/as são expostos diariamente. São situações corriqueiras e que estão diretamente relacionadas à identidade de gênero. Além disso, as agressões e os enfrentamentos diários na sociedade interferem diretamente na vida desses pais e dessas mães.

No processo transexualizador, as pessoas transexuais e seus pais e suas mães se deparam cotidianamente com o desrespeito, a intolerância, o abandono, a discriminação e a violência, situações que foram apontadas em todas as rodas de TCI. Todos os/as pais e mães disseram que já haviam passado por alguma experiência desrespeitosa advinda da sociedade por causa da transexualidade de seus/as filhos/as, como mostram estes fragmentos:

Quando estou numa roda de amigos no trabalho e quando falam mal de pessoas transexuais, travestis, gays isso me faz muito mal, me incomoda bastante, essas falas dos meus amigos me fazem sofrer, me sinto desrespeitado (...) A própria família muitas vezes não entende e acaba desrespeitando e cobrando algumas coisas que não podemos fazer. (R1)

Entre os aspectos que chamam a atenção no fragmento apresentado na R1, destacam-se a inabilidade das pessoas para compreenderem as diferenças e a falta de respeito ao novo, ou seja, às outras formas de ser e de estar no mundo para além da binaridade de gênero. Isso os/as leva a desrespeitarem as diferenças, porque, em muitas circunstâncias, parece ser mais fácil se distanciar de novos conceitos e formas de ver o mundo e as pessoas e continuar na zona de conforto, reproduzindo padrões socialmente impostos e desrespeitando as pessoas cujas formas de expressar a identidade são diferentes. Trata-se de um contexto em que a sociedade impõe regras aos grupos de pessoas LGBTT, que são colocadas à margem e, conseqüentemente, consideradas como pessoas que não são dignas de respeito, pelo fato de se distanciarem dos conceitos e das formas demarcadas a partir do sexo de nascimento.

Para aprofundar bem mais essa discussão, é necessário compreender o que é sexo e seus determinantes culturais. Ferreira (2010, p. 2012) define sexo biológico como “a reunião das características distintas que, presente nos animais, nas plantas e nos seres humanos, diferenciam o sistema reprodutor; sexo feminino e sexo masculino. É o que marca a diferenciação (órgão genitais) entre homem e mulher, delimitando seus papéis na reprodução”. É, ainda, um conjunto de características fisiológicas em que se encontram as informações cromossômicas, os órgãos

genitais e os caracteres secundários, capazes de identificar machos e fêmeas, portanto, sexo teria uma matriz biológica (FACHIN, 2017).

Por outro lado, esse conceito vem avançando nas diversas formas de se compreender sexo, uma vez que passou a não ser mais considerado como um elemento puramente fisiológico e geneticamente determinado, por isso, imutável. Já se admite uma visão renovada sobre sexo, para além do lugar dos componentes genéticos, cromatínico, gonádico, anatômico, hormonal, social, jurídico e psicológico (VIEIRA, 1996). Em outra vertente, Butler (2003) questiona essa predeterminação que se dá ao sexo biológico e o concebe como uma verdade imutável e conformadora de ser e de agir.

Muraro e Boff (2002) se reportam ao sexo antológico como uma dimensão do ser, sem se limitar ao corpo sexuado, mas em suas dimensões corporais, mentais e espirituais. Os autores acrescentam que o corpo não deve ser compreendido como uma coisa, mas como uma situação no mundo com os outros e diante dos outros. Quanto à diferença anatômica, por si só, não é uma garantia para essa diferença psíquica. Ou seja, “uma criança anatomicamente do sexo masculino, ou feminino, será necessariamente homem, ou mulher, do ponto de vista psicológico? A anatomia é o destino?” (CECCARELLI, 1999, p. 151). A resposta é não. Porém, a anatomia é a primeira referência utilizada para se definir homem ou mulher. Mas não é a condição para a diferenciação sexual, porque essa definição requer atributos culturalmente essenciais, como valores, comportamentos e atitudes que se esperam de cada sexo - masculino ou feminino. Ou seja, esse processo é muito mais complexo. “A diferença não é um dado localizável, e sua escolha será sempre incerta e ambígua, pois os caminhos da sexualização são sempre enigmáticos” (CECCARELLI, 2010, p. 282).

O conceito de gênero visa suplantiar as limitações do sexo biológico, considerando não apenas as características biológicas e anatômicas para determinar a identidade de uma pessoa. Formulado numa perspectiva de contraposição à noção de sexo biológico, não se trata de negar a biologia dos corpos, mas de ampliar o olhar para a existência de uma construção social e histórica sobre as características biológicas. Nesse sentido, as categorias homem e mulher se dariam em decorrência de uma realidade social, e não, meramente numa diferença anatômica (FACHIN, 2017).

Outro ponto que nos chamou a atenção foi o fato de os familiares não compreenderem uma pessoa da família cuja identidade de gênero não acompanha a dos/as demais. Esse é um fator primordial para que esse membro não seja aceito, por não se enquadrar nas normas impostas pela sociedade nem responder à expectativa da família. Sabe-se que, como membros sociais, fortemente influenciados pela cultura, os familiares têm como referência para a

designação sexual os órgãos sexuais e suas expectativas e cobranças pautadas pela ótica cisnormativa e biologicista reduzida ao sistema sexo/gênero. Então, aquilo que fugir desse padrão socialmente imposto e mantido desrespeitará não só a pessoa transexual, mas também seus pais e suas mães.

Tucker e Money (1981) asseveram que não só os estereótipos culturais mas também os sexuais são definidos pela sociedade acerca do que seja um homem e uma mulher. Esse conceito é unânime na sociedade, em que esses estereótipos personificam os acordos gerais atribuídos a homens e mulheres, meninos e meninas.

Simpson (2015) ressalta que, no Brasil e em grande parte do mundo, qualquer um que fugir do binarismo homem e mulher será marginalizado socialmente, e que a binaridade de gênero é uma forma de opressão. Portanto, quem está na marginalidade não é digno de direitos, de respeito, de compreensão e de cuidados.

Camargo e Sampaio Neto (2017) referem que a identidade de gênero deve ser construída pelo ser humano, embora haja influências que se entranham, e cada uma delas disputa com o sujeito seu modo de ser e de agir, seus desejos e suas práticas sexuais, por percebendo que eles podem ser modificados. As construções sobre as noções de macho e fêmea são científicas e conduzem à manutenção da espécie dos seres vivos; já a noção de masculino e feminino é construída de acordo com certa cultura e transcende a relação binária macho-fêmea (BUTLER, 2014).

O fragmento da TCIS R2 faz menção ao certo e ao errado, bom e mau:

O que me incomoda hoje é a capacidade que nós humanos temos de definir o que é certo e o que é errado, o que é bom e o que é mal e acabam extrapolando a esfera pessoal, querem interferir diretamente em nossas vidas pessoais. (R2)

O fragmento acima aponta que existe uma sociedade com padrão bem estruturado de pessoas, papéis sociais e de gêneros e que o não cumprimento dessas regras impostas pela cultura e pela sociedade será sempre interpretada como errada (sempre taxada desde o normal até o patológico) e que deve estar às margens da sociedade, reduzindo essa população a minorias marginalizadas. Pode-se observar a presença de mais um pilar teórico da TCI, que é a *pragmática da comunicação humana*, em que foi desenvolvida uma matriz cultural que defendia que todas as condutas dos seres humanos e suas práticas de comunicação têm comportamentos ordenados, regidos por regras e padrões determinados socialmente, e que as pessoas são consideradas seres viciosos e repetitivos, que se comportam como sistemas abertos (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1993).

Para George Canguilhem (1966), a relação entre saúde e doença (normal e patológico) não é quantitativa ou estatística e só pode ser pensada a partir da relação de um ser vivo específico com seu meio cultural e sua dimensão social. Para o autor, a normalidade é a capacidade de criar novas normas em determinadas situações, ao passo que o patológico é o estado de fixação em uma norma específica. Assim, “o vivo doente é normalizado em condições de existência definidas e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir outras normas em outras condições (CANGUILHEM, 1966, p. 119-120).

Franco (2009) refere que

os critérios de partilha entre o normal e o patológico, no âmbito do psiquismo, são dados somente na relação entre o indivíduo e um determinado meio cultural, incluindo nessa expressão os valores técnicos, econômicos, morais e sociais. Correlativamente, a normatividade psíquica é a capacidade de não se fixar em normas culturais, capacidade de instaurar outros valores em certo meio cultural. (FRANCO, p. 93, 2009)

Outra perspectiva para compreender a situação relatada por R2 é a questão do favorecimento da crença do gênero por meio de padrões morais, “que se torna um problema quando viola os direitos fundamentais nacionalmente e internacionalmente reconhecidos” (SEGATO, 2006, p. 209).

É nesse cenário sociocultural global que direitos e leis entram em tensão com os costumes e as tradições, ao atuarem em prol da erradicação de iniquidades nas esferas de identidade de gênero. Uma vez que as pessoas LGBTTT não são vistas como uma identidade, mas como o sintoma de uma trajetória pessoal, que vai desde a valorização da sociedade diante do órgão sexual de nascimentos, perpassa as questões morais ditas legais pela sociedade, ainda de cunho religioso (por não corresponderem ao modelo ideal da família cristã), até a falta de acesso à educação e suas exclusões, o que repercute diretamente em suas questões econômicas, porque as pessoas LGBTTT herdaram subempregos, quando conseguem viver por mais de três décadas. No cenário global, os valores religiosos e as orientações sexuais enfrentam diversas dificuldades de compreender e de aceitar atitudes motivadas por valores religiosos (CORREA, 2006).

Outra dificuldade presente nos cotidianos de pais e mães de pessoas transexuais que emergiu nas rodas de TCI foi a intolerância às diferentes identidades de gênero, que parece ser o temor daquilo que nos é estranho tornar-se semelhante. É como se houvesse uma perda da identidade, e a estranheza fosse ameaçadora, podendo causar graves resultados e situações de intolerância e de repulsa (CAMPOS, 2009).

A intolerância afeta a filha e, conseqüentemente, afeta o pai (...) quando for pegar um Uber, vá no banco de trás, não se sente na frente, eu sei o quanto são intolerantes, quando estão em grupo, diz que aceitam, que são respeitosos, mas quando estão sozinho com o indivíduo, aí sabemos que a intolerância chega. (R2)

O fato de seus/as filhos/as transexuais não serem aceitos/as por causa de sua identidade de gênero na sociedade, esses/as pais e mães são atingidos/as diretamente por essas influências negativas da sociedade, que se apresentam em atividades cotidianas realizadas por seus/as filhos/as, e eles/as passam a orientá-los/as para que se comportem com atitudes de prevenção, cautela e distanciamento das pessoas, que assumem posturas de desconfiança diante das pessoas, compreendendo-as como possíveis abusadoras e/ou agressoras.

Outro aspecto que nos chama a atenção é que os/as pais e mães estão em alerta constante e tensos, voltado para o cuidado com a vida de seus/as filhos/as, devido à invisibilidade social à qual estão sujeitos em função de suas identidades de gênero e da forma como vivem. E se o modo como vivem for de encontro ao estereótipo proposto pela cultura e ao meio em que ele vive, ocorrerá um abalo no desenvolvimento de si próprio. Portanto, se os estereótipos culturais forem muito rígidos, a sociedade impedirá o crescimento e o desenvolvimento de seus membros, instalando a estagnação e interferindo diretamente na saúde da sociedade (TUCKER; MONEY, 1981). A difusão desses discursos políticos evidencia o problema da universalização dos direitos humanos devido à diversidade de comunidades morais e contextos locais (SEGATO, 2006).

A maior angústia é a intolerância, principalmente com as pessoas de orientações sexuais diversas. (R7)

A compreensão refletida na TCIS R7 é de que o ser humano tem características de intolerância com outros/as pessoas, independentemente de qualquer coisa, e que essa intolerância aumenta quando o/a outro/a não cumpre as regras impostas pela sociedade. Ferreira (2010) conceitua a intolerância como um comportamento odioso e agressivo, de caráter político ou religioso daqueles que têm diferentes opiniões.

Quintela (2013) afirma que, na sociedade, há uma intolerância que, muitas vezes, é velada e sutil e se mascara de diversas formas, gerando a não aceitação e o desrespeito ao/a outro/a que não é considerado como um igual. Em pesquisa realizada pela Fundação Rosa de Luxemburgo Stiftung sobre o grau de intolerância ou de respeito aos comportamentos sexuais,

foi apontado que 90% dos/as brasileiros/as têm preconceito contra a população LGBTTT, no entanto, quando questionados diretamente, somente 30% admitiram (VENTURINI, 2009).

O cenário político atual tem contribuído significativamente para aumentar a intolerância, porquanto a cultura do ódio se encontra bastante ativa. Nas redes sociais e nas ruas, por exemplo, a intolerância passou de mera discordância de ideias para a violência física, pois parte da população brasileira se sente fortalecida e autorizada por alguns Governantes para enfrentar com violência as diferenças, sejam elas de raça, sexual e de gênero.

Outra adversidade vivenciada por pais e mães apontada nas rodas de TCI foi o abandono advindo de pessoas que os amavam, mas que não acolhem essa especificidade e acabam se distanciando. As diversas reações não envolvem apenas pais, mães e irmãos/ãs, mas também parentes e amigos/as, o que vai desde mais disponibilidade da família, com o intuito de ser solidária, até o distanciamento, talvez provocado por vergonha ou medo do desconhecido, que os/as impede de serem solidários/as ou de terem algum gesto de apoio. Almeida e Murta (2013) afirmam que diferentes dimensões da vida são afetadas pela identidade transexual, e as histórias predominantemente são marcadas por experiências de abandono ou expulsão pela família.

Depois da transição, todos da família viraram as costas para mim, sumiram das nossas vidas (...) Para a família nós não existimos mais, eles falaram o que quiseram, me disseram palavras muito cruéis e disseram que nós não existíamos mais (...) Agora que estamos precisando de apoio, eles simplesmente nos jogaram fora da família, eu não tenho mais ninguém da minha família que posso contar. (R3)

Podemos perceber o desalento dos pais e das mães cujos familiares optam pelo afastamento e pelo abandono, por não terem habilidades internas para compreender a realidade de seu familiar, muitas vezes por estarem mergulhados/as numa cultura retrógrada e compreenderam que ela é que dita as regras de viver no mundo, porque o afastamento e o abandono afloram independentemente de qualquer tipo de laço familiar pré-construído, e a cultura impregnada diante das formas de se viver no mundo acaba sendo mais forte do que os laços familiares.

Ressalte-se, porém, que abandonar as pessoas LGBTTT e seus pais e suas mães é uma prática que vem de muito tempo e está presente em diversas instâncias, porque nem a Política Nacional de Direitos Humanos foi capaz de acolher as diversidades de gênero e de sexo, o que se configura como um abandono legalizado. Para modificar esse cenário, é necessária uma Lei Federal que regulamente procedimentos para assegurar os direitos a essa população, como identidade de gênero, sexualidade e mudança de sexo e de nome em todos os documentos civis,

independentemente da autorização de uma junta médica (MELLO *et al.*, 2012).

Quando, nas rodas, são proferidos discursos com este como: “*Para a família nós não existimos mais, eles falaram o que quiseram, me disseram palavras muito cruéis e disseram que nós não existíamos mais*”, compreendemos que a invisibilidade também ocorre dentro da família. A atitude de destituir um membro do convívio familiar corrobora a decisão de invisibilizar não somente a pessoa transexual, mas também toda a sua família nuclear, por pactuar com questões que julgam ser amorais e abjetas.

Essa sensação de abandono, de não ser mais bem vindo/a, de não ser mais querido/a por pessoas que se acreditava que tinham um amor incondicional, acomete negativamente as pessoas transexuais e seus familiares/pais e mães, que estão aprendendo a lidar com essa nova situação. Sobre isso, questionamos: A força da não aceitação por parte da família se tornou maior dos que os vínculos familiares? Os padrões sociais introjetados foram tão fortes que os levaram ao afastamento? Não temos respostas para essas inquietações, mas procuramos, a partir de suas dificuldades, absorver toda a gama de possibilidades do sistema sexo/gênero. Segue o fragmento da TCI R9.

A família se afastou, os primos, os avós, mas interpreto que quem se afastou é quem não nos amava. (R9)

Talvez o fato de a família se afastar não queira dizer que não há amor. Cada pessoa reage de forma diferente em situações iguais. Os familiares que foram abandonados não conseguem avaliar a situação e acabam interpretando como um sentimento de desapego, de falta de amor entre eles/elas e, no meio desse cenário, não conseguem exercitar sequer a empatia, tampouco a alteridade. Não conseguem ver com outros olhos, não se colocam no lugar do/a outro/a nem conseguem respeitar o diferente, o que foge às normas e aos ditames sociorreligiosos. O conceito de empatia, para Rogers (2003), é a capacidade de compreender o outro como se fosse ele próprio, a falta de coerção ou pressão ao calor da aceitação. Portanto, a empatia é uma atitude necessária, durante o processo de criação, para um ambiente que facilite compreender o/a outro/a e que a “empatia oportuniza o interesse e a receptividade ao outro e a busca de uma compreensão profunda e não crítica” (ROGERS, 2003, p. 86).

Para Lévinas (1974), as experiências de subjetivação deveriam ser caracterizadas como convivências e transformações (que que requerem trabalho e, lembremos, em italiano *travaglio* é dor) diante daquilo que a princípio se tende a excluir. Nesse sentido, o que se ignora ou se rejeita e que se rechaça é justamente o que difere de nós e poderia nos fazer outros. Dessa forma,

a alteridade é traumática porque causa dor e exige trabalho em processos permanentes de inadaptação entre o eu e o outro.

Essa falta a de empatia e/ou de alteridade amplia o abandono e o sofrimento, muitas vezes, por não se recorrer ao diálogo nem se dar ao trabalho de rever conceitos para redimir qualquer sentimento negativo que porventura tenha apresentado ou que exercitem a ressignificação dos sentimentos trazidos nesse cenário vivenciado.

Barreto (2008) aponta ser indispensável observar características culturais, pois, como referência social, ela afeta a identidade individual e a coletiva. Sob a ótica da TCI, é importante que os indivíduos se vejam inseridos na própria cultura e que esse movimento favoreça a não culpabilização dos outros, mas, sobretudo, uma corresponsabilização durante o processo.

No fragmento da TCI R3 a seguir, o afastamento dos familiares acarreta sensação de abandono e, conseqüentemente, de tristeza devido à nova realidade familiar. Vê-se claramente a tristeza por causa das atitudes de distanciamento dos familiares em relação à identidade de gênero e à decisão diante da transição.

A atitude dos meus irmãos em relação a transição vem sendo uma coisa muito ruim para mim, esse distanciamento e falta de apoio me deixa muito triste. (R3)

Com o abandono familiar e social, as pessoas diretamente envolvidas são acarretadas pela falta de diversos direitos e esbarram em dificuldades cotidianas que lhes afetam a autoestima, o autorrespeito e a autoconfiança perante sua família e a sociedade, quando passam a não mais considerá-las e respeitá-las, deixando-as invisíveis (PEREIRA, 2017).

Os fragmentos da TCI R8 a seguir relatam a tristeza como impotência e incapacidade de resolução, muitas vezes advindas do abandono, como vimos, uma vez que a tristeza apresentada ainda está presente, mesmo que não se tenha experienciado, no plano da preocupação. A reação comum da tristeza é a impotência, o que motiva o aparecimento do sofrimento, e a apreensão, a incapacidade de reagir, a incapacidade de resolução, o nervosismo e o sofrimento são alguns marcadores da tristeza (FREITAS-MAGALHÃES, 2016).

Esse ano fiquei triste com tantos problemas de violência que só aumentou, triste com tanto desrespeito as diferenças, muita violência, matança gratuita, os nossos governantes estimulando e outros não fazem nada (...) Enquanto mãe de uma pessoa transexual o quanto esse cenário político me deixa entristecida, porque o presidente fala abertamente que daria porrada no filho por ele ter trejeitos, isso já diz tudo, ele simplesmente autoriza e a grande massa está se sentindo empoderada (...) Sabemos que nosso país é

extremamente preconceituoso e ver o tanto do ódio que as pessoas têm com quem é diferente, isso é muito triste. (R8)

Na TCI R8, a tristeza foi causada pelos seguintes motivos: falta de políticas para pessoas LGBTTT ocorrida nos últimos anos no governo federal; gestores/as desqualificados/as para as pastas a que foram encaminhados, com posturas desrespeitosas perante os/as cidadãos/ãs do país; governantes sem a mínima capacidade de valorizar e compreender as especificidades e as necessidades reais da população LGBTTT; e gestores/as que não conseguiram criar nenhuma política para avançar as pautas voltadas para LGBTTT, pelo contrário, muitas vezes, em seu discurso e nas ações, reforçaram o preconceito e o estigma que essa população vem sofrendo há décadas, o desamparo aprendido e a descrença das pessoas ante a inoperância das instituições sociais de suporte (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010). Nesse contexto, não existem perspectivas de avanço.

O fragmento da TCI R8 nos faz compreender, ainda, que sentimentos como o ódio (que a sociedade passou a sentir por pessoas que não cumprem à risca sua cultura) e as regras impostas na binaridade de gênero influenciam diretamente o cotidiano dos/as pais e mães que convivem com intolerância, abandono, preconceito e violência. Essas experiências desencadeiam sentimento de tristeza, angústia, impotência e medo.

A reação da sociedade diante de pessoas transexuais pode ser compreendida como uma refutação da transfobia, voltada para “apagar” sujeitos, ao negar sua existência, portanto são seres oprimidos pela heteronorma. Dessa forma, os/as pais e mães sentem essa precariedade a que seus/as filhos/as são submetidos no decorrer de suas vidas e é nesse momento em que a tristeza se instala. Esse sentimento pode advir de uma experiência vivenciada, de algo que poderá acontecer ou de uma situação real ameaçadora (tristeza reativa) ou simplesmente por se pensar (tristeza cognitiva), sem que esse momento tenha sido experimentado (FREITAS-MAGALHÃES, 2016).

Vivemos em um país preconceituoso em relação às pessoas LGBTTT. Essa é uma cultura que não tem espaço para acolher pessoas com identidades de gênero diversas. Sobre isso, existem outros agravantes, já que consegue bani-los e puni-los por serem quem são. Como relatam Bento (2008) e Pelúcio (2009a), como as pessoas transexuais não são compreendidas como inteligíveis em relação aos padrões hegemônicos de gênero e, até, de sexualidade, ainda não são vistas como seres humanos, mas como adjetos.

Observamos que os pais e as mães de pessoas transexuais convivem cotidianamente com a tristeza e acreditamos que conviver com o sofrimento dos/as filhos/as que sofrem tantas

injustiças e exclusões impostas pela sociedade afeta diretamente a saúde, porque passam a ter contatos frequentes com sentimento de tristeza e de medo, e isso interfere diretamente nas atitudes e na forma como compreendem a vida. Embora, de um lado, o sentimento de tristeza seja uma experiência comum na vida das pessoas e se expresse, muitas vezes, em situações de fracasso, luto, abandono, separação, dentre outros, o que vai diferenciar é a forma como cada uma encara suas experiências vivenciadas e as tomadas de decisões futuras, enfrentando-os ou se vitimizando.

A realidade marcada por sofrimento, humilhações, abandono, pressões familiares, segregações sociais e situações vexatórias por parte das pessoas transexuais é um gatilho para desencadear a tristeza, que, muitas vezes, acentua a impotência dos/as pais e mães diante da realidade vivenciada por seus/as filhos/as. A tristeza é uma emoção básica, cognitivo-reativa e tem determinadas características associadas, como sofrimento, frustração, ansiedade, nervosismo e preocupação. Caracteriza-se, ainda, pela ativação do estado emocional defensivo, que visa motivar o indivíduo a situações ameaçadoras de sofrimento (FREITAS-MAGALHÃES, 2016).

É nesse momento em que a resiliência é fundamental, pois, segundo Sordi, Manfro e Hauck (2011), denota uma consciência baseada em princípios de adaptabilidade, estabilidade e capacidade de superar problemas corriqueiros da vida e pode ser encarada como uma competência do ser humano. Pode ser conceituada como “a capacidade do indivíduo de enfrentar as adversidades, manter uma habilidade adaptativa, ser transformado por elas, recuperar-se ou conseguir superá-las” (SORDI; MANFRO; HAUCK, 2011, p. 116). Todos os sentimentos mencionados nos humanizam e nos colocam em situação de aprendizes e em constante processo de construção e desconstrução. Nos relatos apresentados a seguir, esse sentimento vem sendo causado por atitudes e movimentos externos dirigidos às pessoas atingidas.

Outra realidade cotidiana de pais e mães de pessoas transexuais é a dor, não a dor física, que pode passar com medicamentos, mas a dor na alma, causada pelas atitudes de pessoas próximas que se importam com o que acontece com seus/as filhos/as, como podemos observar no fragmento R3 a seguir.

Esse meu irmão sempre foi meu amigo, sempre que vinha a João Pessoa ficava lá em casa e o que doeu foi o fato dele não ter essa compreensão e de repente ele tomar essa posição e simplesmente nos ignorou dessa vez (...) sei que ele passeou nas praias, visitou minha irmã, fez um monte de outras coisas junto com meu outro irmão, ele não foi lá em casa porque não quis, por saber que agora tenho uma filha transexual, isso foi o que mais me doeu. (...) tem

uma situação que está me causando muita dor, é com relação a meu filho, pois a expectativa dele é grande diante do apoio da família em relação a ele e isso me causa dor. (R3)

A dor, no contexto específico de suas histórias sociais cotidianas, está diretamente ligada às lutas, aos confrontos rotineiros com a sociedade e com as relações interpessoais. Nela podem estar presentes a linguagem e a expressão política até a vitimização para, muitas vezes, concretizar um objetivo (FIGUEIREDO, 2011). No caso do fragmento apresentado na TCI R3, o que está em questão é o fato de decidir se assumir como identidade transexual acabar se tornando um evento maior, passando do privado e singular para o público e a coletividade, fazendo com que a família se afaste e não tenha uma atitude de acolhimento (LEITE, 2006), nessa complexa rede de sofrimento que se tece em torno das pessoas transexuais (BENTO, 2006).

Para além das formas explícitas do heterossexismo, concretizadas em comentários verbais e comportamentos agressivos, Swim *et al.* (2008) evidenciam, ainda, que o heterossexismo se distingue de formas de racismo e sexismo, cujos estudos baseados em análises diárias não encontraram esse medo da discriminação como um fenômeno consistente. Importa notar como a produção/manutenção de identidades não normativas é feita à luz desses constrangimentos, constituindo sujeitos dominados e identidades marcadas pela desvalorização (BUTLER, 1997).

A mudança de atitude e de comportamento de um familiar perante uma pessoa transexual na família pode revelar para o familiar seu despreparo, sua incompreensão e seu preconceito. Essa é uma atitude que causa dores e deixa cicatrizes na alma de quem é afetado/a. Por outro lado, ninguém é obrigado a estar preparado para aceitar pessoas que não cumprem as regras impostas pela sociedade e conviver com elas. Então, os familiares podem não aceitar mudar seus conceitos em relação às identidades de gênero de um ente, uma vez que não conseguem acessar essas novas formas de ver e compreender as pessoas transexuais como ditas normais sendo interpretadas com estranheza. Então, passam a reproduzir comportamentos que reforçam a compreensão do sexo biológico como a única referência para a identidade de gênero e, conseqüentemente, sua única forma de expressar sua identidade na sociedade.

Estranhamento e estranheza são palavras que podem ser substituídas por outras, como: excentricidade e esquisitice, que fogem do convívio. Além do mais, a palavra “estranheza” refere-se a algo que não se encaixa em um contexto, que está fora do padrão (AURÉLIO, 2020). Freud já discutia sobre esse tipo de relação diante do que é familiar e estranho, ao apontar que o novo pode ser assustador e estranho. Mas, para que isso ocorra, “algo de novo e não familiar

deverá surgir para torná-lo estranho” (FREUD, 1996, p. 239). Freud refere que toda estranheza pode ser portadora de um componente de angústia. Por isso, falar desse tema é sempre falar de angústia, embora, nem sempre, angústia seja sinônimo de estranheza. Assim, o novo pode ser um estranho, algo ameaçador e doloroso.

Nos fragmentos que seguem, TCIS R7 consegue descrever, por meio de palavras, a dor na alma causada pela forma como a sociedade trata seus filhos transexuais.

Mas para a gente enquanto pai e mãe ainda isso não é natural, quanto mais para a sociedade, acontece quando ela chega em uma loja as pessoas ficam confusas se é uma menina ou um menino, isso causa sofrimento para ela e isso me doe muito (...) Isso é um processo muito doloroso, não porque temos vergonha dos nossos filhos, só quem é pai ou mãe que entende que a nossa felicidade é a partir dos filhos (...) Aos dezessete anos eu senti que ela precisava de mais alguma coisa, eu não sabia que era e isso me doeu demais, daí ele escreveu uma carta com três páginas e chegou na sala e falou tudo que queria falar, aliás ela não conseguia falar apenas consegui ler, eu me senti um lixo como pai, pois apesar de toda força que eu dei para ela, ela não se sentiu segura ainda, isso me doeu muito como pai, mas depois disso, veio outro processo, eu procurei estudar e entender. (R7)

O fragmento apresentado traz inúmeras questões que incitam as formas como os pais e as mães enfrentam os próprios preconceitos e as regras da sociedade apreendidos através da cultura diante da cisnormatividade e da binaridade de gênero. Diante de ser surpreendidos pela experiência de serem pais e mães de pessoas transexuais, acabam desconstruindo suas certezas e passam a ter necessidade de buscar informações a respeito da transexualidade para compreender bem mais a transexualidade de seus/as filhos/as.

Sobre isso, inferimos que a cultura e as regras da sociedade apreendidas pelos/as pais e mães são fortes o suficiente para que eles acabem reproduzindo a compreensão do que é normal e o que não é, mesmo que a pessoa que está infringindo as regras impostas pela sociedade sejam seus/as filhos/as.

Quanto ao tempo de adaptação para desconstruir e compreender varia bastante de pais para pais e mães para mães. Muitos chegam a compreender as diversas formas como uma pessoa pode ser no mundo e defendem as diferentes formas de expressar as identidades de gênero de seus/as filhos/as visando à felicidade. Alguns deles/as até se tornam militantes da causa LGBTQIA+.

Na abordagem sistêmica, é por meio dos processos individuais e dos laços sociais, familiares, culturais, das crenças e dos valores que o ser humano se compreende. Nesse sentido, o sofrimento não deve ser compreendido alheio à subjetividade do indivíduo, mas dentro de

uma teia cultural forte e, para esses familiares, ameaçadora. No caso dessas pessoas, esse desfavorecimento de autoproteção, de autoequilíbrio, de crescimento e da autotransformação repercutiu na organização familiar e desestabilizou-a (BARRETO, 2008).

Por outro lado, o estigma social tem importante consequência no que diz respeito às pessoas de minorias sexuais, que estão mais vulneráveis a sofrer consequências de *stress* psicológico causadas por crimes de ódio ou por outro tipo de comportamento antigay que tenha repercussão e efeitos negativos em termos psíquicos (HERCK, 1999).

O fragmento TCIS R11, a seguir, reflete incisivamente as práticas perversas da natureza humana contra as pessoas transexuais que oprimem esse grupo populacional através do ódio e da exclusão pelo simples fato de serem quem são. Os/as pais e mães são tão vitimados diante das exclusões e opressões quanto seus/as filhos/as.

A falta de humanidade entre os povos me entristece, é tão bacana deixar os outros serem felizes, mas as pessoas são tão más, tão cruéis, só porque você é gay, transexual, preto ou pobre não presta? (R11)

Esse fragmento da TCI R11 reforça a falta de posturas respeitosas com algumas pessoas que têm características diferentes, não apenas por causa da identidade de gênero. O que se compreende é que ser diferente incomoda, e esse incômodo mobiliza características pouco acolhedores e afetuosas. Tais sentimentos, de alguma forma, são resultados desse não pertencimento:

A verdadeira exclusão está na desumanização própria da sociedade contemporânea, que ou nos torna panfletários na mentalidade ou nos torna indiferentes a seus índices visíveis no sorriso pálido dos que não tem um teto, não tem trabalho e, sobretudo, não tem esperança (MARTINS, 2002, p 21).

O fato de as pessoas não aceitarem alguém que diverge do que a sociedade e a cultura pregam como normas a serem cumpridas exprime a crueldade e a maldade contra LGBTT. Essa postura acaba refletindo nos tipos de sentimentos mais vivenciados por pais e mães de pessoas transexuais, como a tristeza, um sentimento frequente em suas vidas. Portanto, a política, a história e a cultura em que a sociedade se encontra inserida interferem diretamente na sexualidade e na identidade de gênero e na forma como são aceitas, ligadas à maneira de experienciar, simbolizar e significar o corpo e de se estar no mundo e na sociedade (SILVA, 2013).

Ao observar os modelos familiares brasileiros, percebemos que são comuns os casos em que a família esconde os membros cuja sexualidade e/ou identidade de gênero é diferente dos

padrões cis e heteronormativo. Nesse contexto, a família, de alguma forma, sente-se como se tivesse o dever moral de ocultar da sociedade esse desvio, buscando negar a sexualidade e a identidade dessa pessoa. Caso seja um homossexual masculino que não seja afeminado, que não tenha trejeitos, é mais fácil fingir que não está ocorrendo nenhuma conduta anormal. Porém, quando se trata de um homossexual afeminado ou de uma pessoa transexual, não tem como camuflar ou fingir que não estão vendo e acabam se distanciando desse membro e de quem está próximo dele. “A intensidade dos mecanismos de negação mostra-se visível exatamente pelo não visto, não ouvido e não falado, formas remotas, permanências calcadas em um modelo defensivo de funcionamento familiar” (JEOLÁS; PAULILO, 2009, p. 279).

A atitude da família segue a atitude de seu familiar, cria-se um acordo tácito para não se tocar no assunto, e o conhecimento do fato resta subentendido, implícito. “Esse mecanismo contribui para manter a estabilidade do ajustamento familiar sem a necessidade de se correr o risco de passar pela situação movediça e incerta que costuma acompanhar a complexidade do novo, do não conhecido” (JEOLÁS; PAULILO, 2009, p. 279).

Resende (2016) afirma que as pessoas LGBTT, na tentativa de melhorar a própria aceitação de condição homossexual ou de identidade de gênero, deparam-se exatamente com o posicionamento conservador e inflexível de sua família, com atitudes negativas e discriminatórias, numa reprodução dos mesmos modelos hierárquicos e opressores vividos ou ensinados para eles/as, o que leva à ruptura do laço afetivo temporário ou permanente. Essa ruptura pode desencadear uma série de sofrimentos mentais, tanto em quem rompeu quanto na pessoa que foi banida de sua família.

As discriminações, em todas as partes da sociedade, é outro fator negativo que influencia diretamente a saúde mental de pais e mães que sofrem na pele as segregações a que a sociedade insiste em submeter seus/as filhos/as.

Eu sei o quanto é difícil ser uma pessoa que a sociedade não aceita e diariamente discrimina, eu sinto isso na pele com meu filho.- (R1)

Observamos, no fragmento acima, que, para além dos efeitos dos estigmas e da discriminação, essas pessoas sentem e vivenciam formas de ameaças particulares, no que diz respeito ao grau de conscientização e à expectativa diante de um episódio de discriminação. Esse estigma motiva as pessoas a praticarem uma série de comportamentos defensivos, que funcionam como escudo e acarretam isolamentos, restringindo as oportunidades no convívio social, como, por exemplo, o apoio social (HEREK, 2009).

Os trabalhos em grupo sempre eram feitos lá em casa e iam muita gente, agora depois que ele passou pelo processo transexualizador, só tem dois amigos que continuam frequentando nossa casa, o restante sumiu. Infelizmente discriminação estar em todas as partes, na sociedade, familiares, tios, primos, tem gente que não aceita pessoas transexuais. (R3)

Esse fragmento denota que nem todas as pessoas estão preparadas para compreender a real necessidade do outro, para o novo. Por essa razão, decidem fugir dessa realidade e se distanciam por discriminar esses posicionamentos e necessidades das pessoas transexuais. Compreendemos que ninguém é obrigado a conviver com uma pessoa transexual, porém isso não lhe dá o direito de oprimi-la e discriminá-la.

Por trás de jovens transexuais, existem pais e mães que sofrem junto com eles, no que diz respeito às questões de identidade de gênero e das mencionadas anteriormente. Suas reações vão desde uma completa negação até um grande impacto inicial diante da condição transexual do (a) filho(a) ou de outro parente (WINCK; PETERSEN, 2005).

O estudo de Bonassi (2015) relata que, na maioria das vezes, a exclusão começa no ambiente domiciliar, que, ao invés de ser uma fonte de proteção, pune seu ente por causa de sua identidade de gênero com violência, falta de respeito ao nome social, humilhação, expulsando-os de casa ou desprezando como se não precisassem de amparo familiar.

As pessoas transexuais são as mais desprotegidas e estigmatizadas. Por essa razão, precisamos dirigir um olhar interseccional, quando nos propusermos a pensar sobre discriminação, como explicam Clarke *et al.* (2010, p. 59):

É importante para que possamos explorar as diferentes formas pelas quais as pessoas estão localizadas em relação a categorias dominantes. Assim, gêneros e identidade(s) de gênero, orientações sexuais, classes sociais, etnias, localizações geográficas ou meios habitacionais e graus de incapacidades/deficiências se conjugam e operam de diversas formas na construção e manutenção das discriminações.

Segundo Oliveira, *et al.* (2010), existem diferentes formas de discriminação entre identidades LGBTT. Por exemplo, as pessoas bissexuais e transexuais são alvo de experiências diferentes de discriminações – a maioria das pessoas tem a ideia de que as pessoas que se identificam com a bissexualidade têm certo grau de confusão identitária, que são, na verdade, *gays* ou *lésbicas* que não conseguem se assumir, são promíscuos/as, têm várias parcerias sexuais ao mesmo tempo ou são obcecados/as por sexo. Quanto aos/as transexuais e/ou intersexo, segundo Eliason, Schope (2001) e Rust (1993), a compreensão passa inicialmente pelas

organizações de uma sociedade diante de suas experiências discriminatórias, em que o gênero é pensado de forma binária e, consequentemente, excludente.

É muito fácil simplesmente pegar um grupo de pessoas para diminuir, para dizer que é bem melhor que eles, plantam o terror e a discriminação. (R8)

Essa discriminação amplia o sentimento de humilhação, conforme aponta Gonçalves-Filho (2007, p. 194):

Humilhação é humilhação social. Corresponde à experiência pela qual perdemos um traço ou o sentimento dele. Um traço de humanidade tem sua experiência impedida. Um impedimento que não é natural ou acidental, mas aplicado ou sustentado por outros humanos. Ninguém haverá impedido assim, que não viva este impedimento como uma diminuição ou como uma condição inferior.

Butler (2003) reforça que o sentimento de inferioridade provocado pela estigmatização e pela discriminação faz com que os indivíduos se retraiam e tentem encobrir sua identidade ou se tornem agressivos com outros que não cumpram o estabelecido em contrato social silencioso. Nesse contexto, a LGBTfobia cumpre seu papel de reprimir, por meio da opressão e da violência, as manifestações identitárias que fogem de seu controle a serviço de contextos econômicos e políticos.

Quanto à violência - psicológica, subjetiva ou física - às quais seus/as filhos/as transexuais estão expostos/as, têm alto poder de influenciar a saúde mental dos/as pais e mães, porque, infelizmente, os dados do Brasil e do mundo têm demonstrado que os maiores índices de violência (física e/ou psicológica) estão diretamente ligadas às pessoas que transitam fora das regras estabelecidas pela sociedade diante da cis normatividade. O Brasil é o país que mais mata transexuais no mundo, e a expectativa de vida de pessoas transexuais é muito baixa comparada com as pessoas cis.

Esses dias fui com minha filha fazer a matrícula dela na faculdade e fomos de ônibus e ela me pediu para que eu não a deixasse voltar de ônibus sozinha, pois disse que as pessoas a olhavam de uma maneira diferente e tinha medo de ser agredida. (...) A violência em si que abrange o nosso país e nos preocupa e muito. (...) Qualquer um pode ser agredido ou estuprado, até mesmo nós somos agredidos, pelo jeito de ser, por não concordar com algumas ideias, quanto mais as pessoas transexuais? (R2)

Tem horas que eu conseguirei proteger, mas tem horas que não estarei com ele, e é justamente nesse momento que eu me preocupo bastante. (R2)

Esses fragmentos da roda de TCIS nos fazem compreender que a violência passou de uma prática velada, sutil e silenciosa para atos concretos de ódio e de repulsa a pessoas transexuais, que sofrem fisicamente por não serem aceitas na sociedade e interpretadas como não sendo dignas de respeito. Para muitos/as agressores/as, o melhor caminho é banir esses corpos transexuais da sociedade através da violência física e, muitas vezes, tirando-lhes a vida. Devido a isso, os/as pais e as mães de pessoas transexuais passam a viver com essa triste realidade de preocupação e de sofrimento devido à violência cotidianas as quais seus/as filhos/as estão expostos.

As pessoas transexuais se sentem inseguras na sociedade, porque estão expostas a diversas formas de violência, têm um alto grau de vulnerabilidade e são incompreendidas no que diz respeito às suas singularidades, que levam ao desrespeito. Compreendemos que ter seus pais e/ou suas mães para protegê-los/as é de suma importância para manter suas vidas e que é necessária a presença efetiva e afetiva do cuidado, da proteção e da segurança, cuja falta prejudica a saúde mental de seus pais/suas mães.

Quando os pais e as mães se preocupam com a violência contra as pessoas transexuais em nosso país, isso, nos remete à cultura machista, homofóbica e transfóbica. Infelizmente o Brasil é responsável, isoladamente, por 39, 8% dos assassinatos de pessoas transexuais registrados no mundo entre 2008 e 2011, e no mesmo período, por 50, 5% desses crimes na América Latina. Só em 2011, 248 pessoas foram assassinadas no Brasil por serem transexuais ou travestis (TRANSGENDER EUROPE'S TRANS MURDER MONITORING, 2012c). O Brasil é o país com o mais alto grau de transfobia estrutural, um processo sociocultural que nega a cidadania das pessoas transgênero e que é mais visível quando nos remetemos a dados como os já apresentados.

Segundo Heman (2009, p. 169), “A cultura pode ser um elemento protetor, mas também provocador do sofrimento, quando o sujeito fracassa ou se encontra fora dos padrões de comportamento esperados pela sociedade, ele pode experimentar os sofrimentos de cunho social, expressos pela sensação de vulnerabilidades e estresse”. Os fragmentos apresentados nos fazem a inferir que, se todas as pessoas são vulneráveis de alguma forma, o grau de vulnerabilidade aumenta consideravelmente quando se é uma pessoa transexual, e se for uma transexual feminina e negra, as vulnerabilidades se sobrepõem. Podemos compreender, então, que o diferente não é aceito, e essa compreensão aparentemente já é suficiente para ser violentado com todas as forças opressoras da cultura heteronormativa e cis normativa. Porém não iremos nos aprofundar nessas características que ampliam as vulnerabilidades sociais e programáticas.

Então, os/as pais e as mães têm de proteger seus/as filhos/as de um mundo que não reconhece pessoas transexuais como dignas de direitos, de respeito e de cuidado. Isso desperta muita preocupação nos pais e nas mães de pessoas transexuais que têm a consciência de que seus/as filhos/as são muito vulneráveis na sociedade e, nem sempre, estarão por perto para protegê-los/as.

As pessoas matam porque a pessoa é gay, porque é transexual, porque a pessoa é preta, por ser pobre, é lamentável esse tipo de atitude. (R8)

Ainda sobre a violência contra as pessoas transexuais e seus/as pais e mães, Silva (2018) entende que a violência está presente no pensamento social brasileiro, porque, ao longo dos séculos, humilhações e constrangimentos estiveram presentes desde o Brasil colônia e se refletem até os dias atuais, concretizadas através das altas taxas de criminalidade contra transexuais.

Quanto às questões de gênero, nos assassinatos das travestis e das mulheres transexuais, verifica-se a mesma lógica das violências conjugais comuns em casais tradicionais, heteronormativos e pautados por relações machistas, caracterizadas por agressão à mulher, por parte do homem, quando em uma situação de conflito, cumprindo fielmente mais uma estratégia de controle sobre o corpo feminino (BANDEIRA, 2009).

A sociedade exclui algumas populações por compreender que elas não deveriam existir, logo, teriam que ser exterminadas. Mais uma vez, as pessoas transexuais estão nesse *hall* de minorias vulneráveis, e seus pais e suas mães se sentem mais responsáveis por protegê-los/as das diversas formas de violência às quais estão expostos/as cotidianamente. O medo de perder um filho/a assassinado faz com que a superproteção esteja sempre presente na vida dos pais e das mães. Outro ponto frágil nas relações de gênero é a inoperância das instituições sociais, nas quais as pessoas transexuais não acreditam (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010).

Segundo Silva (2013), para se discutir sobre sexualidade e identidade de gênero, deve-se discutir sobre a vida. Para se discutir sobre a violência contra as orientações sexuais e de gênero, a discriminação e a exclusão de grupo ditos minoritários, o amor aos/as outros/as deverá estar presente, assim como o respeito e, sobretudo, a tolerância, na perspectiva de se conviver com o diferente de forma harmoniosa.

As diversas violações supracitadas acabam repetindo os padrões dos crimes de ódio, motivados pelo preconceito e pela discriminação contra um grupo socialmente desprotegido e agredido. E essas agressões, em muitas circunstâncias, passam a fazer parte de uma lista de

crimes hediondos (STOTZER, 2007). Portanto, a violência genérica com que são tratadas as pessoas transexuais no Brasil, com espaços normativos capazes de esconder e revelar “‘sujeitos’ que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos” ou “‘vidas’ que dificilmente – ou melhor dizendo, nunca – são reconhecidas como vidas” (BUTLER, 2015, p. 17).

Infelizmente vivemos em um contexto sobremaneira heterossexualizado e binarizado que restringe quaisquer sinais de pluralismo e de diversidade sexual, afetiva ou amorosa e afeta diretamente as pessoas transexuais, que são alvos de estigmas e discriminações, principalmente quando não se sentem contempladas em discursos que trazem as normas de constituição do humano (BUTLER, 2009). Existem ideias e atitudes que reforçam o imaginário heterossexual hegemônico que se instala e se propaga em diversas instâncias de poder da sociedade, como a cultura, a política, as instituições e os espaços midiáticos e econômicos que refletem significativamente na solidificação do que Richardson (1998) chama de uma simbologia identitária nacional e que é, necessariamente, heterossexual.

É necessário perceber e entender a existência desse diferencial de poder normativo para compreender não só as regras pelas quais alguém pode ser considerada como “representável” ou “reconhecível”, mas também como os discursos heteronormativos se (re) constituem nos e pelos sujeitos por eles oprimidos. Nos discursos de poder, há um paradoxo entre a igualdade formal e a igualdade de fato, no contexto de uma cidadania concebida falsamente como universalista (BUTLER, 2009).

O medo que os pais e as mães de pessoas transexuais sentem se dá em todos os aspectos da vida cotidiana, seja na utilização de um transporte público, seja ao frequentar uma escola, porque é considerado um mecanismo de defesa animal fundamental para a sobrevivência e envolve vários processos biológicos de preparação para uma resposta a eventos potencialmente ameaçadores. Isso significa que a rotina ameaçadora acaba credenciando o medo para se fazer presente constantemente na vida dos pais e das mães e passa a ser um mecanismo crônico ou desproporcional, que é prejudicial e pode ser um componente essencial no desenvolvimento de vários transtornos psiquiátricos (GARCIA, 2017; SHIN, 2010).

Um relato da TCIS R5 revelou que o medo decorre da necessidade de proteger o filho depois que sua transexualidade é revelada na comunidade escolar. Então, é necessário colocar em prática estratégias de sobrevivência, aceitação, habilidades de flexibilidade e resiliência, mesmo que seja em um espaço escolar que deveria ser inclusivo e acolher as singularidades.

Eu tinha medo de matricular meu filho e que descobrissem que ele era transexual, mas eu conversei com ele e o orientei que ele interagisse com os

meninos da escola e hoje ele é visto pelos meninos como um menino cis e não transexual, conseguiu até entrar no futsal dos meninos sem problema algum.
(R5)

Barreto (2008) ressalta que são as situações desafiadoras da vida e os períodos de crise que proporcionam a evolução pessoal, familiar e comunitária, o crescimento e a sabedoria. Isso contribui para que os/as participantes reconstruam erros e atitudes negativas, vínculos rompidos e/ou frágeis e estimula a busca por competências que possam conduzir à superação, à autonomia e ao equilíbrio. Nesse sentido, parte-se do princípio de que a característica da resiliência favorece a produção de saberes e experiências de crescimento a partir das dificuldades, transformando carências em competências, dores em aprendizados e angústias em crescimento e ressignificando o sentido de determinada situação geradora de traumas, amarguras e medos (CAMAROTE, 2013).

A relação entre os diferentes olhares de diferentes pessoas é a própria efetivação do conceito do eu e do outro (LISPECTOR, 2020). Não podemos falar de inclusão sem falar de “cidadania”, cujo conceito perpassa a inclusão na sociedade. Arendt nos mostra que a cidadania é construída a partir do respeito às pluralidades e às diversidades e considerando os direitos e deveres da coletividade em dado território:

Os conceitos políticos se baseiam na pluralidade, diversidade e limitações mútuas. Um cidadão é, por definição, um cidadão entre cidadãos de um país entre países. Seus direitos e deveres devem ser definidos e limitados, não só por seus companheiros cidadãos, mas, também pelas fronteiras de um território (ARENDT, 2008, p. 75).

Há que se ressaltar que é preciso dar visibilidade aos problemas, aos obstáculos e aos impasses vivenciados por pais e mães de pessoas transexuais, partindo de âmbitos privados até incursões coletivas voltadas para inserir seus/as filhos/as nas escolas. Nesse e em vários outros momentos, a instituição família, através de seus cuidados e afetos, é imprescindível e faz valerem a emancipação e a inclusão de seus/as filhos/as em busca da ampliação social e da superação de conflitos, humilhações, estigmas, vergonha, insultos e medo.

(...) acreditamos que é necessário em que os grupos sociais que os “diferentes” estejam inseridos e dirijam seus esforços para romper com preconceitos e estigmas (...) talvez hoje possamos vislumbrar algumas perspectivas de inclusão social, mas isso só será realmente eficaz se possibilitarmos reflexões do grupo social sobre esses indivíduos e sobre o papel desse grupo nas perspectivas e possibilidades de cada sujeito que a ele pertença (MARTINS, 2006, p. 124).

Quanto ao insulto, é usado como forma de estigmatizar esses grupos e assume um caráter surpreendentemente banalizado e frequente. O insulto é uma das maneiras, de acordo com Butler (1997), de constituir sujeitos dominados e uma das modalidades de discurso de ódio. Os insultos são uma maneira de construir identidades subordinadas, marcadas, desde o início, pela desvalorização. Com esse efeito, é possível criar situações de mais insatisfação identitária, que deve ser encarada como uma situação grave, uma expressão de homofobia/transfobia, uma vez que implica a construção de identidades. O fragmento da R8, a seguir, revela o agravamento do medo devido à violência contra as pessoas transexuais:

Se já tínhamos medo da violência antes, imagine agora que temos um desgoverno, esse medo só aumentou, porque não é fácil ver diariamente as pessoas achando que estão com o aval de violentar as pessoas transexuais, se nós já tínhamos os nossos medos diante da violência dos nossos filhos, com esse cenário Político, esses medos aumentaram. (R8)

O fragmento nos faz refletir que as Políticas Governamentais poderiam ser utilizadas como mudanças culturais de pessoas transexuais, e a falta delas acarreta violência de todas as formas e, consequentemente, o sentimento de medo, presente no cotidiano de pais e de mães de pessoas transexuais, diante das vidas de seus/as filhos/as.

Os pais e as mães de pessoas transexuais estão fadados a ter seus/as filhos/as interpelados continuamente pelas normas de subjetivação. A heteronorma é uma delas, que nos antecede e nos acompanha como corpos com identificações sexuais sem que exista fora das regras de subjetivação (ALTHUSSE, 2008). A subjetivação é uma forma permanente de relacionar-se com os outros, mas também com o mecanismo de desposessão, e a inteligibilidade de um sujeito pressupõe a desposessão prévia do seu corpo, se for uma das regras da sociedade. Portanto, há uma diferença entre a subjetivação que nos movimenta para o reconhecimento e a que nos transforma em sujeitos ininteligíveis (BUTLER, 1997).

Todas as pessoas experimentam a precariedade da vida. Habitamos em corpos vulneráveis e passíveis de agressões externas. Alguns corpos são mais vulneráveis do que outros (BUTLER, 2009). Butler e Athanasiou (2013, p. 20) denominaram essa desigualdade de distribuição das políticas de precarização da vida de “descartabilidade marcada”.

Conforme Silva (2013), discutir sobre a identidade de gênero e sexualidade é discutir sobre a vida, preconceito sexual, exclusão do grupo ditos minoritários, a violência voltada para as orientações e identidades de gênero e, acima de tudo, sobre o amor ao outro, ser tolerante, respeitoso e conseguir colocar em prática a convivência harmoniosa com todos os grupos da

sociedade. Esse é um exercício que, muitas vezes, não é concretizado devido ao acomodamento e à escolha de permanecer em seu lugar de conforto.

Com todos os tipos de violência presentes no cotidiano dos/as filhos/as, os pais e as mães passam a se preocupar com o futuro deles/as. Esse é um fato com o qual se deparam desde o primeiro dia de vida (ou até mesmo antes do nascimento) e durante todas as fases da vida de seus/as filhos/as. Essas preocupações envolvem o cuidado com a saúde, a educação, a transmissão de valores sociais, o sustento dos filhos, ou seja, cuidar, proteger e orientar (SILVA; SILVA, 2014).

Os pais e as mães de pessoas transexuais têm outras preocupações a mais do que os de pessoas cis, porque encontram diversas barreiras para que seus/as filhos/as sejam aceitos e temem que não sejam compreendidos pela sociedade. Nesse sentido, precisam se esforçar para que eles/as possam usufruir dos mesmos direitos das pessoas cis na sociedade e ser felizes como qualquer outra pessoa, como veremos a seguir na TCI R3:

Me preocupo com o futuro da minha filha, pois quando eu não estiver mais aqui o que vai ser dela? (R3)

Assim, se os pais de filhos cis já se preocupam em proporcionar uma vida melhor aos/às seus/as filhos/as e se preocupam em protegê-los da sociedade, essas preocupações são mais acentuadas quando se trata de pais e mães de filhos/as transexuais. Então, se a maioria dos pais querem dar aos/às seus/as filhos/as uma vida que não tiveram, como fazer isso quando se tem um/a filho/a transexual que não é aceito/a e querido/a por parte de sua família e da sociedade?

A preocupação desses/as pais e mães vai além de estarem ao lado dos/as filhos/as presencialmente, porque temem não poder mais protegê-los/as nem ter ninguém da família que poderia dar esse suporte em caso de morrerem.

Minha maior preocupação hoje se dá em virtude do fato de eu ter um filho transexual é voltada ao futuro, o que ela vai enfrentar no futuro, o que o futuro espera, em termos sociais, mas principalmente profissionais familiares, se vai se formar, se vai se casar, para uma pessoa que está com o sexo natural é difícil, imagine quem é transexual. (R7)

Como podemos observar nos fragmentos apresentados, existem preocupações dos/as pais e mães para cada contexto de vida vivenciado pelos/as filhos/as, seja em relação à sua inserção na sociedade, aos estudos, à Universidade, ao emprego e a uma relação amorosa, cada uma em seu contexto. Historicamente, a heterossexualidade foi colocada como modelo ideal de

felicidade, satisfação sexual e a maneira “correta” de ser e estar no mundo. Como consequência disso, reproduzem-se esses pensamentos e padrões tanto em instituições sociais quanto nas relações interpessoais, o que contribui para marginalizar a população LGBTTT (NAVASCONI, 2019).

Especificamente, o fragmento da TCI R7 apresenta os questionamentos e as expectativas dos pais em relação aos/as seus/as filhos/as transexuais referentes ao futuro, conscientes de que não será fácil fazer com que trilhem os mesmos caminhos das pessoas cis normativas e que o caminho será bem mais difícil para seus filhos, que encontrarão muitas barreiras a serem desviadas e superadas para que cheguem onde pretendem. Dessa forma, os/as pais e mães são atingidos/as diretamente pelas incertezas quanto ao futuro dos/as filhos/as, pela constante presença do preconceito, da discriminação e da exclusão, que fazem de seus/as filhos/as alvo de conflitos sociais e presas fáceis para o isolamento e a desumanização como indivíduos transexuais na sociedade.

Quanto à vulnerabilidade e à violência vivenciadas pelos/as filhos/as e pais, na categoria 1, apresentamos os cotidianos de pais e mães de pessoas transexuais, que, ao serem inseridos na sociedade, deparam-se rotineiramente com desrespeito, intolerância, abandono, discriminação, violência e preocupação com o futuro dos/as filhos/as. Essa situação faz parte do cotidiano de pais e mães de uma pessoa transexual e interfere diretamente em sua vida.

Acreditamos que, no que diz respeito à violência materializada no desrespeito, na intolerância, no abandono e na discriminação vivenciados por pais e mães de pessoas transexuais, ninguém melhor do que eles/as próprios/as para discutir sobre suas vivências cotidianas. Poderemos inferir que o problema não está em ter filhos/as transexuais, mas nas regras limitadas e impostas pela cultura e pela sociedade voltadas para o sexo de nascimento, como se não existissem outras possibilidades de ser no mundo.

Assim, com base nos resultados encontrados, foi possível analisar os cotidianos dos/as pais e mães de pessoas transexuais sobre as vulnerabilidades enfrentadas por seus/as filhos/as e discutir sobre elas. Isso mostra o despreparo da sociedade para acolher o diferente, como um espaço produtor de *stress* e de sofrimentos que revela as influências negativas que interferem diretamente no dia a dia de pais e mães de pessoas transexuais e desencadeiam fragilidades, impotência e medo, que os/as colocam em um lugar de vulnerabilidades na sociedade.

Muitas vezes, são obrigados/as a estar empoderados/as e fortes o suficiente para conseguir enfrentar as adversidades que a sociedade impõe, pelo fato de terem um/a filho/a transexual. Por isso, são necessários serviços de saúde que ofertem a cuidado a essas pessoas, considerando que o sofrimento, que torna seu cotidiano difícil não se limita a quem é transexual,

porque também atinge quem os/as amam. Por isso, na rede de cuidados, a TCI ocupou esse vazio (*Gap*) de forma acolhedora e potencializadora de habilidades internas.

4.1.2 Categoria 2: Contribuições e estratégias de superação das rodas de TCI para a vida de pais e mães de pessoas transexuais

Um sinal premonitório não é ainda uma prova. É apenas um motivo para que não permaneçamos expectadores passivos e para que não encorajemos, com nossa passividade, os que dizem que "o mundo vai ser sempre como foi até hoje"; estes últimos contribuem para fazer com que sua previsão se realize, ou seja, para que o mundo permaneça assim como sempre foi. Que não triunfem os inertes! (Kant)

Essa categoria apresenta as contribuições da TCI relatadas pelos participantes do estudo em relação ao enfrentamento das adversidades vivenciadas como pais e mães de pessoas transexuais. Assim, elucida um conjunto de aprendizados e reflexões oportunizadas pelas participações nas rodas de TCI. Os mais mencionados foram o acolhimento, o respeito, o diálogo, a resiliência e o autocuidado.

A TCIS, criada a partir de práticas integrativas (no movimento comunitário), emprega uma técnica eficaz em ambientes hospitalares e ambulatoriais. É um espaço em que se partilham sofrimento e sabedoria e se constroem redes sociais de apoio para lidar com experiências causadoras de sofrimento e que mobilizam as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades e ressignificam os conhecimentos e a saúde mental. Foi considerada pelos/as participantes um espaço de acolhimento das demandas internas de pais e mães que frequentam o ambulatório TT, como veremos a seguir, por meio dos conteúdos expostos nas rodas de TCI. Iniciemos pelo fragmento apresentado na R2.

Esse grupo nos possibilitou um lugar de acolhida, aqui tenho certeza e segurança que possamos falar e ser ouvida em nossas dores... Um espaço de fala sem medo de ser julgada. (R2)

Podemos considerar que a implantação do grupo de TCIS para pais e mães de pessoas transexuais, no Ambulatório TT da Paraíba, oportunizou um espaço de cuidado, valorização e acolhimento e proporcionou encontros acolhedores, respeitosos, de escuta, de cumplicidade e trocas de experiências. E como grande parte das pessoas não consegue perceber, qualificar e decifrar o sofrimento vivenciado no decorrer de suas vidas e as novas experiências de mudanças ocorridas, as rodas possibilitaram esse encontro consigo mesmos, o reconhecimento de suas dores, sofrimentos e a ampliação de seus conhecimentos diante das mudanças de vida de cada participante. Também oportunizou ressignificações e ampliou olhares e novas formas de ver e

conduzir a vida dos/as participantes. Portanto, é um espaço potente para construir redes solidárias.

A TCIS aparece como uma tecnologia de cuidado, que tem dado respostas satisfatórias aos que dela se beneficiam e construído redes sociais para lidar com os sofrimentos das pessoas, promovendo a vida e mobilizando recursos e competências individuais e coletivas e escutando quem sofre. Alguns/as autores/as consideram que a TCIS é um lugar de expressão das subjetividades, do alívio de sofrimentos, de valorização pessoal e do aumento de vínculos (FERREIRA FILHA *et al.*, 2009). Nesse sentido, o fragmento apresentado de R2 mostrou o acolhimento em sua essência, a valorização do que é verbalizado e do que é sentido, muitas vezes passando a reconhecer na fala do/a outro/a o que já existe dentro dele/s.

Habermas (1990, p. 78) menciona três modos de utilizar a linguagem: “função expressiva”, em que se expressa o que se tem em mente; “função representativa”, quando se descreve algo presente no mundo, e a “função interativa”, que confere aos indivíduos o poder de se comunicarem socialmente. Essas três funções presentes simultaneamente compõem a estrutura do ato de falar.

Neder e Pinheiro (2010) asseveram que a comunicação humana é que une as pessoas entre si, pode ser expressa em seus aspectos verbal e não verbal e que existe uma multiplicidade de significados e sentidos que podem estar ligados a cada comportamento.

A TCIS valoriza todas as expressões do humano, como a dança, o canto, a música, as expressões populares e os poemas, e preconiza, sobretudo, a sinceridade na comunicação, as expressões de sentimentos, que são acolhidas pela solidariedade e pelo apoio entre as pessoas e seus grupos sociais, o que resulta na formação e/ou ampliação de redes de cuidados.

Podemos considerar a TCIS como um contexto interativo, plural e promotor de cenários de comunicações que oportunizam as verbalizações das subjetividades, em que cada participante é respeitado em sua individualidade. A disponibilidade por parte dos/as participantes para falarem de seus problemas, expressar suas subjetividades e descrever seus conflitos internos na TCIS resultou em um movimento de partilha que sai da esfera privada para a pública. Essa interação por meio da fala configura a TCIS como um espaço terapêutico-político e produtor de mudanças internas.

Os participantes da TCI R8 afirmaram que a roda proporcionou o reconhecimento e a valorização e um espaço de escuta, reflexão e experiência para com suas vidas, conforme demonstrado no trecho a seguir:

Vindo aqui no decorrer das terapias fui me deparando com coisas que outros

país também estão passando e muitas vezes sou acalentada, aqui sei que não estou sozinha e que tenho esse lugar que me acolheu e que me ajuda. (R8)

O trecho confirma a grande contribuição que os encontros da TCIS trouxeram para a vida de seus participantes, que a consideraram como um ambiente acolhedor, em que puderam aliviar o sofrimento, a ansiedade, os medos, a solidão e o choro, uma vez que a TCIS reflete um cenário de afeto através do acolhimento, das partilhas e da escuta de narrativas individuais e coletivas. Também oportuniza momentos bastante significativos, como a roda propriamente dita, a música, o toque das mãos, o abraço, as risadas, o silêncio e a história de cada pessoa ali colocada. Assim, a TCIS cria uma verdadeira ponte, que dá passagem para que o sofrimento não detenha a esperança, funda o sentimento de solidariedade, companheirismo e apoio, revelando histórias compartilhadas que pertencem a nós mesmos e a nossa comunidade de sentido (DALLALANA, 2015).

A sensação e o sentimento de apoio, acolhimento, coletividade e pertencimento fizeram parte dos encontros de TCIS R3 e R9, como veremos nos fragmentos a seguir:

Levo sempre desse grupo as experiências dessas falas, que saem do coração de cada um desses países, a cumplicidade e a certeza de que não estamos sozinhos nessa caminhada. (R3)

Esse grupo me faz sentir apoiada e acolhida, sei que não estou sozinha nessa jornada. (R9)

Como demonstrado nos fragmentos R3 e R9, a TCIS resgata a coletividade, o companheirismo, a parceria e a escuta e abre espaços para que os/as participantes falem sobre suas experiências de vida, seus sofrimentos e conquistas sem julgamentos. Dessa forma, fortalecem-se vínculos e se constroem redes de apoio e, quiçá, reflexividade e ressignificação.

Outra contribuição relatada durante os encontros da TCIS foi o aprendizado de novos conhecimentos:

Levo sempre desses encontros muita força para continuar a vida, muito aprendizado e novos conhecimentos. (R2)

As ações de compartilhar as experiências nas rodas de TCIS contribuem para resgatar a autonomia dos sujeitos, para que se sintam protagonistas da própria história e superem as dificuldades, portanto, que sejam resilientes. Nesse sentido, a *resiliência* é um processo dinâmico que resulta na adaptação positiva a cenários de grandes adversidades, independentemente do fator socioeconômico e da inteligência, e oportuniza o desenvolvimento

de novas habilidades no decorrer da vida, contribuindo, portanto, para melhorar a qualidade de vida (BRAGA, 2011).

As rodas de TCIS possibilitam que as pessoas percebam criticamente sua realidade e suas necessidades, desenvolvam potencialidades e busquem, em conjunto, os meios para resolver seus problemas de forma consciente e efetiva. Os fragmentos denotam que a TCIS se tornou importante para o bem-estar dos participantes e para diminuir seu sofrimento. Por essa razão, eles/as se sentiram gratos/as por cada encontro vivenciado, porque os problemas são os mesmos, as experiências são sempre inovadoras, mas cada encontro acontece de maneira única, o que faz com que haja a construção de um saber novo em relação às histórias vividas (ROCHA *et al.*, 2009).

Nesse sentido, o espaço protegido oportunizado pela TCIS propicia a igualdade de cada um/a ali presente, e seus problemas passam do individualismo para a coletividade. Assim, o grupo passa a trocar conhecimentos (ROCHA *et al.*, 2009). Seguem dois depoimentos apresentados na TCIS R7 e R11 sobre o aprendizado ofertado nos encontros:

Esse grupo me ajuda bastante, pois tem muita troca de experiência e aprendo muito com outros pais. (R7)

Cada vez que saio daqui da terapia comunitária me sinto mais instruída e com um olhar mais ampliado sobre a transexualidade. (R11)

A TCIS é um cenário de interações espontâneas, onde a subjetividade e a opinião de cada membro da roda são respeitadas. O que vem do coração e que é dito é valorizado. Podemos considerar os depoimentos como uma ação política e mobilizadora de mudanças internas, em que as pessoas têm voz para partilhar suas experiências. Nesse sentido, a troca de saberes e a autoescuta proporcionam mudanças. O processo de troca de experiências potencializa diretamente a valorização social das pessoas como sujeitos importantes para si e para os/as outros/as.

Os conteúdos apresentados nas rodas de TCIS revelaram a ocorrência de mudanças pessoais, que contribuíram para que os pais e as mães compreendessem a transexualidade e melhorassem sua forma de tomar decisões voltadas para a qualidade de suas vidas, uma vez que essa prática os/as encoraja a refletir sobre seu sofrimento e ressignificá-lo, na perspectiva de resgatar a cidadania e a autonomia.

A TCIS é uma excelente abordagem para grupos que não têm apoio da sociedade, um espaço de escuta e serviços que oportunizem discussões voltadas para esclarecer suas dúvidas e dilemas. Nesse sentido, os pais e as mães de pessoas transexuais foram acolhidos com a

formação do grupo de TCIS no Ambulatório TT da Paraíba, que, desde que foi inaugurado, em 2013, não havia ofertado espaço de cuidado voltado para essas pessoas. A implantação da TCIS advinda desta pesquisa foi o primeiro espaço de valorização das experiências, de escuta e de trocas de saberes para esse grupo específico.

O diálogo foi uma das estratégias de enfrentamento que se destacou nas rodas de TCIS e revelou o quanto a comunicação é primordial para o ser humano e o quanto o diálogo é capaz de contribuir para superar os problemas que ameaçam a vida. De acordo com Freire (1980 p. 25), “a conscientização crítica é alcançada com o esforço intelectual e a ação, pois a práxis humana é a unidade indissolúvel entre a minha ação e a minha reflexão sobre o mundo”.

O diálogo é, pois, uma relação de comunicação, que tem como característica a problematização e a troca de experiências. Quem dialoga, dialoga com alguém e sobre algo, fazendo com que os sujeitos sejam ativos em seu processo, rumo à conscientização e à ressignificação (FREIRE, 2005).

Um dos pilares teóricos da TCIS é a própria *Teoria da Comunicação*, um dos principais elementos que tem o poder de unir os indivíduos, a família e a sociedade. Para compreender os significados de sua transmissão, é necessário considerar o comportamento dos indivíduos, através das linguagens passadas pela cultura, em que a palavra é o instrumento para que o homem se torne homem (BARRETO, 2008; FREIRE, 2005).

Assim, ao trabalhar os efeitos da comunicação no comportamento, a TCIS verificou a impossibilidade de um indivíduo não se comunicar, porque comunicação não se limita à fala, porque traz indícios pessoais e intrínsecos na forma de se expressar. Portanto, qualquer expressão ou sinal é capaz de refletir certo comportamento (WATZLAWICK; WEAKLAND; FISCH, 1997). Maranhão e Garrossine (2011, p. 4) asseguram que “basta o homem existir para haver comunicação, para haver partilha, de modo que nos comunicamos mesmo sem desejarmos”.

Durante as rodas de TCIS, os/as participantes têm a oportunidade de refletir sobre suas vidas e de mudar seus cotidianos. Nos fragmentos das rodas de TCIS R1, R2 e R5, o diálogo é mencionado como estratégia de superação:

Busco dialogar bastante com minha família, para que possam aceitar meu filho como ele é. (R1)

Dialogar entre a família, apresentar exemplos de felicidade diante das escolhas da vida de meu filho. (R2)

Conversar com as pessoas a respeito da situação, compreender melhor a sua

dor, ajudando dentro do possível para que ela não sofra e possa passar da melhor maneira pela situação... Ajudando o familiar a encontrar caminhos e estratégias para se sentir melhor, conversar e orientar meu parente para encontrar novas estratégias, novos caminhos. (R5)

Os fragmentos apresentados remetem à autonomia do sujeito, à horizontalidade do saber, à educação, como prática libertadora, e à incompletude do ser humano. Tanto as ideias trazidas pela *Pedagogia de Paulo Freire* quanto as nuances trabalhadas na TCIS destacam que as pessoas são dotadas de recursos pessoais, sociais e culturais úteis que as direcionam ao encontro de soluções para os problemas experimentados cotidianamente (LAZARTE, 2012). Nessa perspectiva, a TCIS é um instrumento muito importante não apenas como um espaço de desabafo e de alívio dos sofrimentos, ela representa algo bem maior, quando oportuniza a resiliência, a ressignificação e o rearranjo da vida, com novos rumos e perspectivas, e a percepção crítica de suas realidades e necessidades, desenvolvendo, portanto, potencialidades para a busca de superações.

Paulo Freire (2005) preconiza a existência de momento de fala e de escuta, com foco na reflexão do indivíduo diante sua realidade por meio do contato com problemas do cotidiano, de experiências e de histórias de vida como fonte permanente de saberes (MORAIS, 2010; CARÍCIO, 2010). Nesse sentido, o diálogo é o ponto de partida para o início de processos de descobertas e de transformações. Assim, podemos afirmar que o diálogo é a mola propulsora que ativa nossas necessidades existenciais e de tomada de posse da realidade, tornando consciente o lugar em que queremos estar no mundo.

A TCIS defende exaustivamente a verbalização das dores e do sofrimento para o caminho da cura, de maneira clara no provérbio sempre utilizado por Adalberto Barreto: “Quando a boca cala, os órgãos falam, quando a boca fala, os órgãos saram”. Observa-se, então, que a comunicação, no contexto das rodas, é fundamental para a dinâmica interna de cada paciente (BARRETO, 2008, p. 66).

O fragmento seguinte da roda de TCIS R3 exemplifica bem o resultado do falar e do ouvir oportunizado nas rodas de TCIS, o que acarreta novas formas de ver as coisas, de rever conceitos e, conseqüentemente, de mudar a rota do caminho.

Precisei ressignificar o conceito de família, agora valorizo mais os amigos. (R3)

O fragmento apresentado nos leva a refletir sobre como as pessoas podem tomar decisões de modo mais assertivo e consciente a partir de novos conhecimentos e passam a

redefinir valores e conceitos. O fragmento da R3 expressa a necessidade de redefinir o conceito de família, um termo que envolve diversas formas de configuração que determinam o modo como os conflitos, o abandono, o desrespeito, as divergências de ideias e a falta de compreensão, de amor e de apoio repercutem na vida dessas pessoas.

Nunca teria percebido como um estranho nos pode pertencer, fazendo-nos falta. Não era nada esperada aquela constatação de que a família também vinha de fora do sangue, de fora do amor ou que o amor podia ser outra coisa, como uma energia entre pessoas, indistintamente, um respeito e um cuidado pelas pessoas todas (HUGO MÃE, 2016, p. 251).

Segundo Sarti (2004, p. 15), “cada família constrói seus mitos a partir do que ouve sobre si, do discurso externo internalizado, mas devolve um discurso sobre si que contém também sua própria elaboração, objetivando sua experiência subjetiva”. Naturalmente tomamos como referência de relação de família nossas próprias experiências. Então, compreendemos que romper com a família sanguínea (a partir de suas atitudes e incompreensões) pode ser considerado uma conquista, um caminho para o empoderamento pessoal, que resulta na ampliação de novas escolhas e definições para melhorar sua relação com a vida e seus desafios, em que a resiliência é o caminho para a superação.

A *resiliência* (outro alicerce teórico da TCI) pode ser conceituada como “a capacidade do indivíduo de enfrentar as adversidades, manter uma habilidade adaptativa, ser transformado por elas, recuperar-se ou conseguir superá-las” (SORDI; MANFRO; HAUCK, 2011. P116). Para Boris Cyrulnik, a *resiliência* é uma pérola que resulta da reação da ostra, diante de alguma agressão ou de um grão de areia (BORIS, 2001, p. 193). Assim como a ostra tem a capacidade de transformar uma agressão, um áspero grão de areia em algo muito valioso, como uma pérola, o ser humano, diante de um evento trágico, que gera marcas e sofrimento para além do tempo, também tem capacidade de reagir e de transformar essa dor em possibilidades criativas (VILLAÇA, 2011).

Segundo Larrosa (2011), *resiliência* é a capacidade que uma pessoa tem de se recuperar de um choque demasiado, de retornar a sua condição depois de se envergar com a força de determinada situação.

A palavra resiliência é tomada da física dos materiais. É uma força de resistência ao choque e de recuperação (...). No campo da Psicologia, o primeiro que usou, em sentido figurado, o termo resiliência foi Bowlby e definiu-a assim: “recurso moral, qualidade de uma pessoa que não desanima, que não se deixa abater”. Etimologicamente, resiliência vem do latim *resilio*, is, ire, silui, sultum (re, salto) v. int. e significa “saltar para trás, voltar para

trás, saltando (LARROSA, 2011. P. 16).

De maneira ampla, podemos defini-la como a competência que o indivíduo tem de enfrentar as contrariedades do dia a dia. Para a Psicologia, a resiliência e a possibilidade de um ser vivo lidar com as adversidades da vida, é a habilidade de se adaptar às situações de dificuldade, de se transformar e se superar (CUNHA, 2014). O fragmento da TCI R7 retrata um dos alicerces da TCI, *a resiliência*.

Apoiar incondicionalmente a pessoa que ama, aceitar a situação e acalmar o coração para estar bem para acompanhar o ente querido, trabalhar com a realidade e o que ela nos propõe a ensinar no cotidiano. (R7)

Esse fragmento apresenta uma flexibilidade diante da realidade vivenciada, utilizando a *resiliência* como estratégia para superar os problemas cotidianos. Camaroti (2013) defende que a pessoa resiliente é capaz de produzir saberes e experiências a partir das dificuldades e de transformar carências em competências, ressignificando o sentido de situações geradoras de medos e traumas.

Podemos afirmar, então, que a *resiliência* é como um elástico, que pode ser esticado ao máximo e, em seguida, voltar para sua forma relaxada. Dessa forma, as experiências ao longo da vida vão dando a elasticidade necessária para que ela possa se sentir segura nas adversidades. A resiliência possibilita a procura por novas experiências, pois o conhecimento de si mesmo ajuda a pessoa a se ligar mais fortemente aos/às outros/as, recebendo e dando apoio (SILVA, 2014). A TCI oportuniza a utilização de situações desafiadoras e de crises para a evolução pessoal, familiar e comunitária, a fim de que cada participante possa reconstruir novas impressões, erros, vínculos rompidos e buscar novas competências rumo à condução da autonomia, do equilíbrio e da superação (BARRETO, 2008).

Nesse sentido, a *resiliência* está diretamente relacionada às questões de solidariedade e de apoio entre os membros do grupo e envolve diretamente as concepções que existem nas relações. Segundo Larrosa, não é simples estabelecer uma única definição de *resiliência* assim como “delimitar o conceito e decifrar os processos”. Então, propõe-se um uso plural do termo, isto é, resiliências (LARROSA, 2011, p. 17). Larrosa afirma, ainda, que a *resiliência* não é uma realidade alcançada para sempre nem é absoluta, mas dinâmica, por isso não se deveria dizer que uma pessoa é resiliente ou não é resiliente, já que cada um tem momentos e circunstâncias da vida em que consegue lidar melhor com as dificuldades (LARROSA, 2011). Enfim, a pessoa resiliente tem capacidade de reagir e retomar a vida quando passa por experiências traumáticas.

A *resiliência* é, pois, uma metáfora que nos possibilita continuar a sonhar (MELILLO, 2001; SILVA, 2014).

Outra estratégia de superação observada foi na busca pelo autocuidado, que pode ser uma das formas de retomar a vida, talvez fazendo parte do desdobramento da *resiliência* e suas novas formas de compreender a vida em busca da saúde, acrescida da utilização de outros recursos e outras práticas integrativas para o autocuidado e a autonomia.

Apresentaremos, a seguir, fragmentos da TCI R8 e R11 que refletem a retomada de novas decisões.

Fazer terapia individual, fazer ioga para relaxar, tem que ter um cano de escape, tem que achar uma coisa boa para fazer, sair e encontrar amigos, frequentar esse grupo do ambulatório me fez muito bem. (R8)

Buscaram se cuidar e se conhecer através de terapia individual, passando a olhar no olho das pessoas que eram importantes e ser transparente com elas, se empoderando e tendo forças para lutar diariamente. (R11)

O ser humano é responsável pelas escolhas que faz e por suas consequências, mas as consequências não são questões de escolha, e sim, um decreto do destino (BAUMAN, 2009). “A vida humana é um confronto permanente entre as ‘condições externas’, tidas como realidade, quase sempre desafiadora, designando os indivíduos a superar os desafios, a inércia, ativos ou passivos, da matéria, a reconstruir uma realidade de acordo com a visão ideal de vida que escolheram” (BAUMAN, 2009, p. 72).

Quanto às falas apresentadas pelos fragmentos anteriores, as escolhas para superar os problemas foram as PIC, um grupo de terapias e produtos que não fazem parte dos tratamentos médicos tradicionais, mas são adotadas de modo complementar, como a medicina tradicional. Essas práticas viam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com base na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (SILVA, 2014; BRASIL, 2014).

Outras possibilidades teóricas perpassam a busca de promoção da saúde, como, por exemplo, a teoria de Rogers, segundo a qual o ser humano é um todo unificado que tem uma integralidade individual e manifesta características que são mais do que a soma das partes e fortalecem e fundamentam seus princípios em integralidade, ressonância e felicidade, além de operar com conceitos de campos de energia como sistemas abertos em constante troca (SILVA, 2014; GEORGE, 2000).

Foucault compreendia que o cuidado de si poderia ser uma prática de liberdade se não fosse normatizado, mas exercido pelos sujeitos como um trabalho crítico, filosófico e de cuidado ético-moral em busca da transformação e da (re)construção de si mesmo (SILVA, 2014). Tais práticas oportunizariam condições éticas e livres para o indivíduo atuar, escolher, participar e compartilhar a vida com os outros, o que resultaria numa maneira de se constituir, menos como sujeito de conhecimento, e mais, como sujeito da ação ética, num esforço de se libertar de sua subjetividade normatizada, social e historicamente construída, vivida como uma substância natural e universal (FOUCAULT, 2004).

O cuidado emancipador expressa autonomia quando estabelece interface com os conhecimentos tácitos e técnicos para construir um cuidado voltado para a atenção, a liberdade de escolha e a tomada de decisão em relação às possibilidades de interagir social e institucionalmente (SILVA, 2014). Nessa perspectiva, o autocuidado contemporâneo é interpretado como uma das estratégias e tecnologias do biopoder no contexto neoliberal. Rabinow e Rose (2006) o caracterizam como práticas de *self*, induzidas por um conjunto de verdades que as autoridades constroem sobre os seres, as estratégias de intervenção na existência e os modos de subjetivação, para que os indivíduos atuem sobre si próprios em nome da vida e da saúde individual ou coletiva.

Nesse sentido, o cuidado emancipador pode ser exemplificado com as ideias de cuidado que dão base às proposições de algumas PIC, as quais compreendem holisticamente o adoecimento e as necessidades individuais de cuidado; direcionam o cuidado à saúde, e não, à doença; reduzem a distância entre o profissional e o paciente; não dependem da alta tecnologia para obter diagnóstico; produzem eficácia simbólica e técnica no contexto da experiência vivida de sofrimento pelo sujeito; integram o bem-estar físico, mental, social e espiritual em sua concepção de saúde e estimulam o autocuidado para o desenvolvimento de atitudes, disposições, crenças, hábitos e práticas que promovam seu bem-estar (RABINOW; ROSE, 2006).

Em contrapartida, o modelo biomédico opera uma espécie de produção do não lugar da subjetividade, ou seja, como um espaço sem história, sem identidade, uma espécie de vácuo, ausência, sem significado (RABINOW, 2002). Esse modelo compreende o saber e a prática médica no interior do paradigma das ciências naturais a partir do desenvolvimento da racionalidade científica moderna. Nesse sentido, denomina-se a medicina como biomedicina justamente por causa de sua estreita vinculação com disciplinas oriundas das ciências biológicas. Assim, prioriza a localização da doença no corpo humano e constitui uma anatomia patológica. Isso repercute na naturalização de seu objeto por meio do processo de objetivação, ou seja, o

de fazer surgir a objetividade da doença, na contramão da subjetividade. Na maioria das vezes, os sintomas subjetivos não são levados em conta ou não se sabe como “dar conta” deles (ORTEGA, 2008).

A generalização estrita de estatísticas e levantamentos epidemiológicos de fatores que expõem ou protegem as pessoas de doenças preconiza uma vida saudável, em que a singularidade fica ausente. A subjetividade do adoecimento, isto é, a complexidade e a singularidade da experiência humana e, mais ainda, sua dimensão fenomenológica, experiencial é deixada de lado, subestimando o fato de a Medicina ser voltada para pessoas cuja experiência de saúde e doença envolve uma série de questões que escapam ao biológico, pois se referem a questões psicológicas, culturais e sociais (ORTEGA, 2008).

Para Souza e Luz (2009), os motivos dessa expansão da opção por terapias complementares na sociedade atual não podem ser reduzidos a questões de (in)satisfação ou (in)eficiência em relação à medicina ocidental contemporânea ou aos sistemas públicos de saúde, apesar de suas crises serem alvo de críticas. Segundo Nogueira (2001), trata-se de escolhas culturais e terapêuticas que apontam para transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura presentes no processo de transformação da cultura contemporânea.

Bauman (1998) entende que a transferência de responsabilidade dos cuidados em saúde para os indivíduos está associada a essa dinâmica mais ampla e característica da sociedade neoliberal e de consumo, em que ocorre um deslocamento da noção de que o Estado deve assegurar a saúde dos indivíduos, para a ideia de que eles próprios devem assumir a responsabilidade por ela, protegendo-se dos fatores de risco e consumindo bens e serviços que proporcionem uma vida saudável. Como diz o autor, trata-se da privatização radical do destino humano.

Giddens (2012) desenvolveu um contraponto fundamental sobre as escolhas constitutivas das opções do estilo de vida e afirmou que elas são limitadas por relações de poder preexistentes e que estão fora do alcance dos indivíduos. Escolher é o destino de todos, mas o que difere são os limites realistas assim como os recursos necessários. Assim, o que é igualmente distribuída é a responsabilidade pela escolha, e não, os meios individualmente possuídos para agir.

Bauman (1998) também reflete a respeito e adverte que o dever da liberdade sem os recursos que permitem uma escolha verdadeiramente livre é, para muitos, uma receita para a vida sem dignidade, preenchida, em vez disso, com humilhação e autodepreciação. O autocuidado pode ser um dispositivo cultural para articular e racionalizar discrepâncias individuais em saúde, associadas ao mercado de alguns bens e serviços em PIC elitizados

(SILVA, 2014).

Podemos considerar que os registros dos fragmentos de falas presentes nas rodas de TCI mostram os efeitos dos encontros e a importância da TCI como uma estratégia de superação para a vida de pais e mães, auxiliando-os/as a compreender os conflitos e as incompreensões vivenciadas na sociedade e na família; oportunizam avaliações, compreensões, superações, ressignificações e a ampliação dos conhecimentos dos problemas; contribuindo para formação e fortalecimento da construção de redes de apoio emocional e os vínculos e os estímulos para o exercício da capacidade resiliente individual e grupal, desencadeando novos olhares, valores e reconfigurações de novos caminhos.

Ressalte-se, contudo, que, no final da pesquisa, tornou-se evidente a necessidade de fortalecer as ações de promoção da saúde em relação às PIC para as diversas populações, objetivando incluir outras modalidades terapêuticas de atenção à saúde e valorizar as políticas públicas e as necessidades específicas da comunidade (TELESI JÚNIOR, 2016). Por fim, o uso dessas práticas tem o intuito de complementar outro tratamento ou integrá-lo ao modelo convencional, reduzir custos, incentivar ações de prevenção de agravos e manter a saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras que valorizem a escuta acolhedora, a construção de vínculo terapêutico e a conexão sadia do indivíduo com o meio ambiente e a sociedade, alinhado com a PNPIC (NOGUEIRA, 2001).

Paulo Freire (1996) afirma que o homem é o único ser capaz de aprender com satisfação, porque é convicto de que a mudança é possível, uma vez que o aprendizado é uma descoberta criadora, mas envolve riscos e novas aventuras de ser no mundo. A liberdade de tomar decisões, fazer escolhas e agir é uma expressão da autonomia (BRASIL, 2010). Consideramos o exercício da fala e da escuta oportunizado pela TCIS como uma reviravolta, como utilizado em dias atuais, o virar da chave, que faz com que haja novos direcionamentos, escolhas e rumos para os/as participantes trilharem outros caminhos, muitas vezes, desconhecidos, porque passam a se sentir valorizados/as, quando percebem que suas experiências contribuem positivamente com a vida de outras pessoas e chegam a acessar recursos internos nunca atingíveis, causando uma autovalorização e dando início a novos significados de se fazer presente neste mundo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada ser humano é um cosmos, cada indivíduo é uma efervescência de personalidades virtuais, cada psiquismo secreta uma proliferação de fantasmas, sonhos, ideias. Cada um vive, do nascimento à morte, uma tragédia insondável, marcada por gritos de sofrimento, de prazer, por risos, lágrimas, desânimos, grandeza e miséria. Cada um traz em si tesouros, carências, falhas, abismos. Cada um traz em si a possibilidade do amor e da devoção, do ódio, e do ressentimento, da vingança e do perdão. Reconhecer isso é reconhecer também a identidade humana. O princípio da identidade humana é unitas multiplex, a unidade múltipla, tanto do ponto de vista biológico quanto cultural e individual.

Edgar Morin e Anne Brigitte Kern

Compreender o universo de pais e mães de pessoas transexuais é compreender as inquietações, os incômodos, as preocupações e o sofrimento presentes em seus cotidianos. Para isso, utilizamos as ferramentas da TCIS que oportunizaram, através do espaço de escuta, o levantamento dos temas vivenciados em seus cotidianos por pais e mães de pessoas transexuais atendidas no Ambulatório TT da Paraíba.

O estudo indicou que a TCIS possibilitou a troca de olhares de mundo com o acolhimento das dificuldades individuais compartilhadas no coletivo como uma ferramenta de cuidado que reconhece as competências de cada sujeito na superação de suas dificuldades e transforma as práticas e os saberes possibilitando mudanças individuais e sociais por meio das redes de apoio.

Consideramos que o estudo obteve diversos resultados significativos porque se tornou importante para o bem-estar dos/as participantes, que se sentiram gratos/as por cada encontro vivenciado e pelo fato de seu sofrimento ter diminuído. Também lhes proporcionou um processo de trocas de experiências, porquanto se sentiram valorizados como sujeitos importantes para si mesmos e para os/as outros/as, com novas competências para conduzir sua autonomia, proporcionando equilíbrio e superação dos sofrimentos. Isso se justifica porque os encontros são uma estratégia de superação para a vida de pais e mães, que o/as auxiliam a compreender os conflitos e as incompreensões vivenciadas na sociedade e na família; oportunizam avaliações, compreensões, superações, ressignificações e a ampliação dos conhecimentos diante da problemáticas pautadas nas rodas de TCIS e contribuem para fortalecer a construção de redes de apoio emocional, os vínculos e o estímulo para o exercício da capacidade resiliente individual e grupal, desencadeando novos olhares, valores e reconfigurações de novos caminhos.

Entendemos que a TCIS oportuniza a formação de vínculos, apoio emocional e inclusão, e a capacidades de adquirir resiliência individual e grupal. As pessoas falavam sempre de si e de suas situações cotidianas e se tornaram protagonistas das próprias histórias. Ao falar em primeira pessoa - uma regra da TCIS - como vimos, os sujeitos resgatam sua autonomia e passam, por meio da narrativa, a construir pontes para se libertar.

Por isso, defendemos a TCIS como uma tecnologia dinâmica e flexível porque transforma, oportuniza espaços de reflexões e partilhas, fortalece os vínculos entre seus pares e familiares e contribui diretamente para resgatar a autoestima, a troca de experiências e a diminuição do sofrimento, pois, à medida que aquelas pessoas iam verbalizando seus sofrimentos, criavam estratégias para se fortalecer e superar as dificuldades e foram se libertando dos sentimentos negativos que as oprimia. Com efeito, ouvimos relatos de participantes ressaltando que a TCIS os havia ajudado a se libertar. Uma participante afirmou que a terapia foi a melhor coisa que lhe havia acontecido na vida.

Podemos compreender, com base no que foi abordado na tese, que existem diferentes relações da sociedade no que diz respeito aos tipos de família. Estamos nos referindo às famílias cujo núcleo é baseado no modelo heteronormativo, uma vez que a sociedade trata de forma diferenciada os diversos modelos de famílias. Umas são bem vindas porque se enquadram nas normas culturais e morais vigentes na sociedade; outras não são tão desejadas, já que se desviam das regras sociais, mesmo que o façam visando à felicidade de seus/as filhos/as transexuais.

A família dita “normal” é a que partilhou construções e entendimentos dos discursos de identidade de gênero dominantes na sociedade, as quais reforçam a valorização do órgão sexual de nascimento. Na contramão dessas compreensões, existem famílias que se permitiram ir de encontro às normas vigentes, objetivando a felicidade e a saúde mental dos/as filhos/as e de toda a família. Sabemos que existem perfis e perfis de famílias. Umas são mais flexíveis, têm a destreza de desconstruir estereótipos de gênero, modelando papéis mais igualitários para todos os membros da família, portanto, abertas às novas possibilidades de ser homem e de ser mulher, compartilhando compreensões e novas possibilidades para além de um sistema binário de sexo e de gênero, vivenciando cotidianamente a luta contra os discursos dominantes de múltiplas mensagens sociais e culturais heteronormativas.

A preocupação com a liberdade de ir e vir, com a proteção contra a violência e a discriminação transfóbica, a falta de direitos à educação, à saúde integral e ao nome social ilustram uma fragilidade das políticas voltadas para essa população. É notório que os direitos básicos não são assegurados às pessoas transexuais, pelo simples fato de serem quem são. Acreditamos que este estudo alcançou os objetivos propostos quando evidenciou, a partir dos

depoimentos dos/as participantes, quando realizou a TCIS para pais e mães de pessoas transexuais atendidas no Ambulatório TT e quando buscou analisar as contribuições da TCIS para o enfrentamento das dificuldades cotidianas experienciadas por seus pais e suas mães.

Podemos afirmar que a TCIS atendeu às metas a que se propôs, razão por que deve ser divulgada como uma prática de caráter terapêutico e preventivo, transformadora da realidade e que pode ser utilizada nos diversos espaços públicos/políticos e em diferentes níveis de atenção à saúde, como também em múltiplos perfis de pessoas, porque dirige um olhar que favorece a integralidade no cuidado e atende a um conjunto de necessidades de saúde do ser humano, já que fortalece o conceito ampliado de saúde, potencializa a construção da autonomia de indivíduos e grupos, por meio da aprendizagem de competências sociais, e leva em conta a cultura, a subjetividade e a singularidade de cada pessoa.

Durante a terapia, a escuta coletiva facilitou a emergência dos conflitos inconscientes e a decodificação da linguagem dos sintomas. Identificou o sofrimento e evidenciou o conjunto de estratégias de superação desenvolvidas pelos sujeitos ao longo de sua vida. A troca dessas experiências proporciona a busca de soluções socialmente compartilhadas e adequadas ao contexto cultural em que a terapia se desenvolve. Tudo isso confirma a tese de que a TCIS foi uma prática emancipatória e uma ferramenta potente de cuidado com aqueles que estão em situação de sofrimento psíquico, pois foi capaz de restabelecer vínculos perdidos e de criar redes de solidariedade, de forma a levá-los ao empoderamento por meio da consequente retomada do protagonismo de suas vidas.

A partir dessas evidências, podemos concluir que a terapia é uma instituição multidimensional bastante complexa, tanto do ponto de vista ritualístico e da eficácia terapêutica, quanto dos seus objetivos e relações. Trata-se de experiência de construção de saberes coletivos, que promove a interação de pessoas e instituições, formando uma extensa rede de apoio social que possibilita aos/as participantes o desenvolvimento de habilidades sociais, como a comunicação e a liderança.

Podemos concluir dizendo que a TCIS caracterizou-se como uma estratégia de inclusão e de apoio social que contribui significativamente com a saúde mental de pais e mães de pessoas transexuais. Os depoimentos apresentados no decorrer das análises e das discussões mostraram a potencialidade dos efeitos das rodas de TCIS, verdadeiros encontros que demonstram a importância da TCIS como uma estratégia de promoção da saúde mental, auxiliando aos pais e as mães a ampliarem os conhecimentos voltados para as experiências vivenciadas pelos/as participantes da pesquisa diante da transexualidade, o que ampliou olhares, compreensões e mudanças de atitudes perante a vida.

No percurso desse caminho para a construção da tese, deparei-me com algumas limitações e dificuldades (devido ao tema escolhido) por causa da falta de material científico. Como pesquisadora, militante e gestora, em alguns momentos, deixei-me ser levada por minhas expectativas em relação ao que vinha a ser oportunizado de melhor para os pais e as mães de pessoas transexuais. Porém, com o passar do tempo e de cada roda realizada, vi que o que eu elegi como necessário a ser discutido nas rodas de TCIS não era a necessidade deles/as, pois a realidade me provou que suas necessidades eram bem outras. Assim, fomos construindo o caminho ao caminhar. Outra dificuldade foi de encontrar uma escrita que contemplasse todas as pessoas e gêneros, ficando sempre na busca de encontrar palavras que considerassem a questão de gênero para que, no final, a escrita científica se tornasse acolhedora, respeitosa e inclusiva.

Compreendemos que este trabalho não se finda aqui, mas oferece subsídios para a elaboração de novos estudos, para que seja explorado por diversos olhares. Sendo assim, o desenvolvimento de futuras investigações poderá ser uma realidade, tendo em vista o rico material a ser extraído da experiência da TCIS com pais e mães de pessoas transexuais.

Por fim, acreditamos que a tese nos possibilita formular sugestões. Para isso, é necessário criar Políticas Públicas que levem em conta os pais e as mães de pessoas transexuais, desencadeando formas mais eficientes de ampliar o cuidado integral para com as pessoas que acompanham o processo transexualizador de seus/as filhos/as, uma vez que as instituições existentes não colocam como pauta essa ampliação do cuidado, conforme apontamos ao longo do trabalho. Somos bastante realistas e sabemos que não teremos, em longo prazo, mudanças e desdobramentos positivos da cultura machista e transfóbica, mas que possamos construir um ambiente respeitoso e acolhedor no lugar onde atuamos. Dessa forma, estaremos construindo um mundo melhor dentro de nossas possibilidades.

Assim, deixamos um legado: o de que a TCIS pode ser utilizada como uma potente ferramenta emancipatória, interna e externamente, por ser política e terapêutica e ter aplicabilidade de intervenções psicossociais bastante avançadas. Finalmente desejamos que este relatório de tese provoque novos olhares e recomeços.

REFERÊNCIAS

- ALARCÃO, Madalena. **Equilíbrios familiares**. Coimbra: Quarteto. 2006.
- ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. Reflexiones sobre la posibilidad de despatologización de la transexualidad y la necesidad de asistencia integral a la salud de transexuales en Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 14, p. 380-407, 2013.
- ALTHUSSER, Louis. A ideologia interpelada os indivíduos como sujeitos. *In*: ALTHUSSER, Louis. **Sobre a reprodução**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 2010-2015.
- AMARO, F. **Introdução à sociologia da família**. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). **American Psychiatric Pub**, 2013.
- ANDRADE, A. I. N. P. D.; MARTINS, R. M. L. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Millenium**, 2011, 185-199.
- ANDRADE, C. J.; FONSECA, R. M. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.3, 2008.
- ANDRADE, F. B. *et al.* Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da Terapia Comunitária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2019.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BARRETO, A. P.; OLIVEIRA, M. V.O. **SUS e a terapia comunitária**. Ministério da Saúde, Fortaleza, 2008.
- ARÁN, M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora: estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 9, n. 1, 2006.
- ARENDT, Hannah. **Homens em tempos sombrios**. Editora Companhia das Letras, 2008. atenção psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2010, vol.31, n.2, pp. 232-239.
- ATHAYDE, A.V. Transexualismo masculino. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 45, n. 4, p. 407-414, 2001.
- AUN, J. G.; VASCONCELLOS, M. J. E. de; COELHO, S. V. **Atendimento de famílias e redes sociais**: fundamentos teóricos e epistemológicos. Belo Horizonte: Ophicina da Arte & Prosa, 2005.

AZZARITO, Laura; SOLOMON, Melinda A. A reconceptualization of physical education: The intersection of gender/race/social class. **Sport, Education and Society**, v. 10, n. 1, p. 25-47, 2005.

BANDEIRA, Lourdes. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Sociedade e estado**, 2009, 24.2: 401-438. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922009000200004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 jul. 2020.

BAPTISTA, I.; GARCÊS, I. Famílias e intervenção social. **Ação social na área da família. Lisboa: Universidade Aberta**, 2001, 35-51.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília, DF: Plano, 2002.

BARDIN, Laurence; RETO, L. A.; PINHEIRO, A. **Análise de conteúdo**. Edições 70. Lisboa, Portugal, 2011.

BARRETO, A. As dores da alma dos excluídos do Brasil. *In*: GRANDESSO, M; BARRETO, BARRETO, Adalberto Barreto. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2008.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. Fundamentos de Metodologia Científica. **São Paulo**, v. 2, 2007.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, A.F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007.p. 51-86.

BAUMAN, Z. **O mal estar da pós-modernidade**. (M. Gama, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1998.

BAUMAN, Zygmunt. **A arte da vida**. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

BAUMAN, Zygmunt. **Identidade**: entrevista a Benedetto Vecchi. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2005. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=S3LTDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=Bauman+Z.+Identidade:+entrevista+a+Benedetto+Vecchi/Zygmunt+Bauman%3B+tradu%C3%A7%C3%A3o,+Carlos+Alberto+Medeiros+Rio+de+Janeiro:+Jorge+Zahar+Ed%3B+2005.&ots=KVovLhVQTb&sig=cispUj6z8U81tHZ_vn0JV7DJtvg#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 12 Out. 2020.

BENTO, B. Luta Globalizada pelo fim do diagnóstico de gênero? *In*: SANTOS, L.H.S., RIBEIRO, P. R. C.(Org.). **Corpo, gênero e sexualidade**: Instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida. Rio Grande, FURG, 2011. p. 89-108.

BENTO, B. **O que é transexualidade**. Brasiliense, 2017.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Editora Garamond, 2006.

BERGER, P. LUCKMANN, T. A. **A Construção Social da Realidade**. 24 ed. Rio de Janeiro: Vozes 2004.

BRAGA, L. A. V. *et al.* Terapia comunitária e resiliência: história de mulheres. **Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam.**[Online] 2011 [cited 2012 mar 01]; 3 (5): 251-68. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi.bin/w.xislind.exe/iha/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=23309&indexSearch=ID>. Acesso em: 24 ago. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (Atitude de Ampliação de Acesso)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 12 Out. 2020.

BRASIL, Presidência da República do. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil**: ano de 2011. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Presidência da República; 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 34ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/63694/o-conceito-de-familia-a-luz-da-constituicao-de-1988-e-a-necessidade-de-regulamentacao-das-relacoes-concubinarias>. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS nº5 – Prevenção de Violências e Cultura de Paz**. Brasília, DF, (2008b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 1.482, de 19 de setembro de 1997. 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. **Diário Oficial da União**, 1997;19 set.1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas com seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. **Rev. Saúde Pública**, 42(3), 570-573, (2008a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. **Rev. Saúde Pública**, 42(3), 570-573, (2008a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** (Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 Ed. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e Transvestilidade na Saúde**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p.: il.

BRASIL. **Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013 do Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 17 mar. 2019.

BRASIL. **Secretaria Especial dos Direitos Humanos**. Texto Base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 2010. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/coh/glb/texbaglb.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

BROWNE, Irene; MISRA, Joya. A intersecção entre gênero e raça no mercado de trabalho. **Revisão anual da Sociologia**, v. 29, n. 1, p. 487-513, 2003.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

BUTLER, J. **Gender Trouble: feminism and the subversion of indentity**. Ney York/London: Routledge, 1990.

BUTLER, Judith. Desdiagnosticando o gênero. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 95-126, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a04.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

BUTLER, Judith. **A vida psíquica do poder: teorias na sujeição**. Stanford University Press, 1997. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=XuJlkAMjQK4C&oi=fnd&pg=PA1&dq=the+psyche+life+of+power.theories+in+subjection&ots=zp7jBBhd5G&sig=C0QVf_G0nb1yWu94LZjJFDOHHyY#v=onepage&q=the%20psyche%20life%20of%20power.theories%20in%20subjection&f=false Acesso em: 17 jul. 2020.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: Quando a vida é lamentável? Verso Books, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/ivone/Downloads/247835-Text%20de%20l'article-333813-1-10-20111124.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

BUTLER, Judith; ATHANASIOU, Athena. **Dispossession**: the performative in the political. John Wiley & Sons, 2013. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=KLPGY8-LkGYC&oi=fnd&pg=PT4&dq=despossession:the+performative+in+the+political&ots=HknMAYvgJ6&sig=T3qoQgZbkVZsutzjpfubDRSAPrM#v=onepage&q=despossession%3Athe%20performative%20in%20the%20political&f=false> Acesso em: 17 jul. 2020.

CAMPOS, Crispim Antonio *et al.* **Esperanças equilibristas**: a inclusão de pais de filhos com deficiência. Jaruá Editora, 2009.

CAMPOS, Eugênio P. Suporte social e família. Doença e família. **São Paulo: Casa do Psicólogo**, p. 141-161, 2004.

CANGUILHEM, Georges. **Le normal et le pathologique**. 5a ed. Paris: Quadrige/PUF, 1984. Originalmente publicado em 1966.

CARDOSO, M. M. R.; FERRO, L. L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

CARNEIRO, Terezinha Féres. Família e saúde mental. **Psicol. teor. pesqui.**, p. 485-93, 1992.
CASTEL, P. H. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). **Revista Brasileira de História**, v. 21, n. 41, p. 77-111, 2001.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução Ingrid Müller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CECARELLI, P. R. **Transexualismo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008b. p. 178.

CECCARELLI, P. R. Onde se situa a diferença? *In*: **Polêmica: Revista Eletrônica do Laboratório de Estudos Contemporâneos**, v. 7, n. 4, p. 53-66. 2008.

CECCARELLI, Paulo Roberto. Diferenças sexuais...? Quantas existem. Diferenças sexuais. **São Paulo: Escuta**, p. 151-166, 1999. Disponível em: http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=181. Acesso em: 12 set. 2020.

CECCARELLI, Paulo Roberto. Psicanálise, sexo e gênero: algumas reflexões. **Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade**, Rial, C.; Pedro, J, p. 269-285, 2010. Disponível em: <http://www.ceccarelli.psc.br/admin/uploads/file/psicanalise-sexo-e-genero.pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, p. 113-126, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a11v37n98.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

- CEOLIN, T. *et al.* Inserción de terapias complementarias en el sistema único de salud atendiendo al cuidado integral en la asistencia. **Enfermería Global**. 2009; [Acesso em: Nov 2019]; (16):1-9. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/66311>.
- CERVO, L. A.; BERVIAN, A. P.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica**. 2012.
- CEVERNY, Ceneide Maria de Oliveira. A família como modelo: desconstruindo a patologia.
- CHILAND, C. **Transexualismo**. Rio de Janeiro: Edições Loiola, 2008.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais**. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2008.
- CLARKE, Victoria *et al.* **Psicologia lésbica, gay, bissexual, trans e queer: uma introdução**. Cambridge University Press, 2010.
- COELHO, L. J. **Diversidade sexual e ensino de Ciências: buscando sentidos**. 2014.
- COELHO, Nelson Ernesto; FIGUEIREDO, Luís Cláudio. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. **Interações**, 2004, 9.17: 9-28.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 08/13** que discorre sobre supressão da puberdade do gênero de nascimento antes do desenvolvimento irreversível das características sexuais. Brasília-DF, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.265/2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Brasília-DF, 2019.
- CORDEIRO, R. C. *et al.* Inclusão de pessoas em situação de sofrimento psíquico através da Terapia Comunitária Integrativa. **Revista de Enfermagem - UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 11, p. 6317-6321, 2013.
- COSTA, L. F. (2010). A perspectiva sistêmica para a clínica da família. **Psicologia: teoria e pesquisa**, 26, 95-104.
- COSTA, Letícia Graziela. **A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social e o uso de drogas**. 2009.
- COVELO, B. S. R.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de saúde mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface**. v.19, n.55, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401133. Acesso em: 03 nov. 2019.
- CROCHÍK, José Leon. Preconceito, indivíduo e sociedade. **Temas em Psicologia**, v. 4, n. 3, p. 47-70, 1996. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1996000300004. Acesso em: 29 jul. 2020.
- CYRULNIK, B. (1996). **Un merveilleux malheur**. Paris: Odile Jacob.

CYRULNIK, B. **La maravilla del dolor**. Barcelona: Granica, 2001. p. 193.

DAGNINO, Renato. Apresentação. *In*: DAGNINO, Renato. **Tecnologia Social: ferramenta para construir outra sociedade**. Campinas: Komedi, 2010. p. 7-24.

DALLALANA, Tânia Madureira. Terapia comunitária do sofrimento difuso para a construção de significados: um modelo de acolhimento, aplicação e treinamento no campo da saúde mental. **Temas em Educação e Saúde**, v. 11, 2015.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que são direitos da pessoa. Coleção Primeiros Passos, Brasiliense 2ª Ed., revista**, 1994. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cartilhas/a_pdf/cartilha_ma_direitos_humanos.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

DAMACENO, R.C. **Terapia Comunitária Integrativa: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores na atenção básica da saúde**. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

DEFrancisco, Victoria Pruin; PALCZEWSKI, Catherine Helen. **Communicating gender diversity: A critical approach**. Sage, 2007.

DELEUZE, G.; **Proust e os signos**. Tradução de Antônio Carlos Piquet e Roberto Machado. Rio de Janeiro – RJ. Forense – Universitária, 1987.

DIAS, A. B.; SILVA, M. R. S. Processos familiares no contexto do transtorno mental: um estudo sobre as forças da família. **Cienc Cuid Saúde**. v.9, n.4, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12047/0>. Acesso em: 03 nov. 2019.

DIAS, Maria Olívia. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: o processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e desenvolvimento**, 2011, 19: 139-156.

DICIONÁRIO Aurélio de Português. 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/aurelio-2/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

DICK, B. **A beginner's guide to action research**. 2000. Disponível em: <http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/guide.html>. Acesso em: 25 jan. 2020.

DINIZ, Débora. O Escândalo da Homofobia: imagens de vítimas e sobreviventes. **Revista ECO-Pós**, 2014, 17.1.

DUNST, Carl J.; TRIVETTE, Carol M. **Assessment of social support in early intervention programs**. 1990.

ENGUITA, M. F. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. *In*: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V: ética, sexualidade e política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, 264-287.

FACHIN, Luiz Edson. O corpo do registro no registro do corpo: mudança de nome e sexo sem cirurgia de redesignação. **Revista Brasileira de Direito Civil-RBDCivil**, v. 1, n. 01, 2017.

FALCETO, O.; Waldemar, L. O Ciclo Vital da Família. *In*: EIZIRIK, C.; KARPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. **O Ciclo da Vida Humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre, Artmed, 2001.

FELÍCIO, J. L.; ALMEIDA, D. V. Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos: relato de experiência. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 2, 2008. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/59/248a253.pdf. Acesso em: 03 nov. 2019.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde—construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, 2010, 9.1: 70-82.

FERREIRA FILHA, M. O. *et al.* A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 964-70, 2009.

FERREIRA FILHA, M. O.; CARVALHO, M. A. P. A Terapia Comunitária em um centro de FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. *In*: **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba, 2010.

FERREIRA, Jorge de Almeida; TENÓRIO, Selma Monteiro da Silva; MONTEIRO, Thaís Conceição. Identidade de Gênero: sobre apoio, identidade e suporte social de travestis, transexuais e transgêneros. **Psicologado**, 2019.

FIGUEIREDO, Adrianna. "Se pudesse ressurgir, viria como o vento". Narrativas da dor: corporalidade e emoções na experiência da travestilidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 8, p. 90-112, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872011000300005&script=sci_arttext Acesso em: 07 Nov. 2020.

FISCHBORN, Aline Fernanda, *et al.* A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato da implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde. **Cinergis**, 2016, 17. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8149>. Acesso em: 12 out. 2020.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. 4. tiragem. 2005. Disponível em: http://files.quehaja-luz.webnode.com/200000024-56b1a58a6f/BIB-foucault-em_defesa_da_sociedade.pdf. Acesso em: 12 Out. 2020.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade, 1. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2005. **A Verdade e as Formas Jurídicas**, 2005.

FRANCO, Fabio. Georges Canguilhem e a Psiquiatria: norma, saúde e patologia mental. **Primeiros escritos**, 1.1, 2009, p. 87-95.

FRASS, Michael, *et al.* Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. **Ochsner Journal**, 2012, 12.1: 45-56. Acesso em: nov 2019]; Disponível em: <http://www.ochsnerjournal.org/content/12/1/45.abstract>.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 49. reimp. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS-MAGALHÃES, A. **O código da tristeza**. Leya, 2016.

FRIGNET, H. **O transexualismo**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.

GARCIA, R. Neurobiology of fear and specific phobias. **Learn Mem.** 2017; 24:462-71.

GEORGE, Julia B. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. *In*: Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 1993. p. 338. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-155933?lang=pt>. Acesso em: 12 Out. 2020.

GIDDENS, Anthony. A vida em uma sociedade pós-tradicional (p. 89-166) *In*: BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Unesp, 2012.

GIFFONI, Francinete Alves de Oliveira. **Saber ser, saber fazer**: terapia comunitária, uma experiência de aprendizagem e construção da autonomia. 2008. Disponível em: file:///C:/Users/ivone/Documents/2020/TESE/MATERIAL%20P%20EXEMPLO%20DA%20TESE/2008_Teses_GIFFONI.pdf. Acesso em: 24 ago. 2020.

GIMENO, A. **A família** – O desafio da diversidade, Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

GOMES, Camila Pacheco; DA SILVA, Priscila Alves; PESSINI, Maria Adelaide. A nova configuração familiar: a família contemporânea usuária das políticas públicas. **Akrópolis-Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, 2011, 19.2. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/akropolis/article/view/3962>. Acesso em: 13 jul. 2020.

GOMES, Lauren Beltrão *et al.* As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 3-16, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020.

GOMES, Lauren Beltrão, *et al.* As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando famílias**, 2014, 18.2: 3-16.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto sírio-libanês de Ensino e pesquisa, 2014.

GOMES, Romeu. Pesquisa qualitativa em saúde. **São Paulo: Instituto sírio-libanês de Ensino e pesquisa**, 2014.

GONÇALVES-FILHO, José Moura. Humilhação social: humilhação política. In: SOUZA, de Paula Beatriz (org). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GRANDESSO, M. A Terapia Comunitária Integrativa no fortalecimento de indivíduos, famílias e redes. **Revista Consciência.net**, 2014. Disponível em: <http://consciencia.net/a-terapia-comunitaria-integrativa-no-fortalecimento-de-individuos-familias-e-redes/>. Acesso em: 30 out. 2017.

GRANT, J.; MOTTET, L.; TANIS, J.; HERMAN, J.; HARRISON, J.; KEISLING, M. **National transgender discrimination survey report on health and health care**. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force, 2010.

GRENN, R.; MONEY, J. (Orgs.) **Transsexualism and sex reassignment**. Baltimore: the Johns Hopkins Press, 1969.

GRIDLEY, S. J. *et al.* (2016). Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth. **Journal of Adolescent Health**, 59(3), 254-261. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.03.017

GRUPO GAY DA BAHIA. **Mortes violentas de LGBT no Brasil**, Relatório, 2017.

GUIMARÃES, F. J.; FERREIRA FILHA, M. O. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, 2006.

GUIMARÃES, Frei Almir Ribeiro. Família: comunidade de vida e de amor. **Journal of Human Growth and Development**, v. 4, n. 1, 1994.

GUIMARÃES ROSA, J. Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

HARPER, G. W.; SCHNEIDER, M. Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual and transgendered people and communities: a challenge for community psychology. **American Journal of Community Psychology**, v.31, n.3-4, p. 243-252, June 2003.

HARRIS, P. E., *et al.* Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. **International journal of clinical practice**, 2012, 66.10: 924-939. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1742-1241.2012.02945.x>. Acesso em: nov 2019.

HATZENBUEHLER, M. The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. **Pediatrics**. n. 127, 5: 896-903, 2011.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Artmed Editora, 1994.

HEREK, Gregory M. Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: Prevalence estimates from a national probability sample. **Journal**

of interpersonal violence, v. 24, n. 1, p. 54-74, 2009.

HODJA, M. J. S. Mudança de sexo: causas e consequências. **R Fac Direito Metrop Unidas**, v. 1, p. 335-6, 1986. *In: A família como modelo: desconstruindo a patologia*. 1994. p. 139-139.

ISCHKANIAN, Paula Cristina; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Journal of Human Growth and Development**, 2012, 22.2: 233-238. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/jhgd/article/view/44936>. Acesso em: 12 out. 2020.

ITS. Instituto de Tecnologia Social. Tecnologia social: o que isso envolve? *In: ITS. Instituto de Tecnologia Social (Org.). Conhecimento e Cidadania: Tecnologia Social*. Vol. 1. São Paulo: Instituto de Tecnologia Social, 2007. p. 26-41.

JEOLÁS, Leila Sollberger; PAULILO, M. A. S. Representações sociais da homossexualidade entre professores do ensino médio: continuidades e rupturas. **Educação Sexual: em busca de mudanças**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2009, 125-152.

JUNQUEIRA, R. D. Currículo, cotidiano escolar e heteronormatividade em relatos de professoras da rede pública. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, v. 9, p. 01-10, 2010.

KARAT, Flora Ricciopo, *et al.* Ressignificando a ideia de Família. **Revista Longevidade**, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Temp/733-1134-1-SM.pdf>. Acesso em: 03 out. 2020.

KASPER, H. O processo de pensamento sistêmico: um estudo das principais abordagens a partir de um quadro de referência proposto. **Dissertação** (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p. 309, 2000.

KOLLER, Sílvia Helena. **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. Casa do Psicólogo, 2004.

LAZARTE, Rolando. Sociología y terapia comunitaria integrativa. **Revista Uruguaya de Enfermería**, 2012, 7.1. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Temp/72-Texto%20del%20art%C3%ADculo-282-1-10-20150825.pdf>. Acesso em: 03 out. 2020.

LEE, Hyemin *et al.* Experiences of and barriers to transition-related healthcare among Korean transgender adults: focus on gender identity disorder diagnosis, hormone therapy, and sex reassignment surgery. **Epidemiology and health**, v. 40, 2018.

LEITE JÚNIOR, J. **Nossos corpos também mudam: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008, p. 230.

LEITE, Márcia Pereira. Dádiva entre familiares vítimas de violência. **Polifonia do Dom**, v. 1, 2006.

LEITE, Silvia Regina Rodrigues. **O Perfil do Médico do Programa Saúde da Família do Município de João Pessoa para o Desafio da Integralidade**. Universidade Federal da

Paraíba, João Pessoa – PB, 2006.

LÉVINAS, E. (1974). **Autrement qu'être ou au-delà de l'essence**. Den Haag, Netherlands: M. Nijhoff.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde & Sociedade**, v. 17, n.2, p. 11-21, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a11v37n98.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

LISPECTOR, Clarice. **Para não esquecer**. Editora Rocco, 2020.

LUCCHESI, Patrícia. Políticas públicas em saúde. Informação para tomadores de decisão em saúde pública. **Espaço Gestão**. Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/Biblioteca Virtual em Saúde. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

LUZ, Madel T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do Século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2005, 15: 145-176.

MÃE, Valter Hugo. A máquina de fazer espanhóis. Globo Livros, 2016. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=AgnkDAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=+A++m%C3%A1quina++de++fazer++espanh%C3%B3is&ots=AQ9OyNzgyf&sig=G1uF_RyO834L-t2XbJaMZpqz8rY#v=onepage&q=A%20%20m%C3%A1quina%20%20de%20%20fazer%20%20espanh%C3%B3is&f=false. Acesso em: 03 Out. 2020.

MARANHÃO, A. C. K.; GARROSSIMI, D. F. A Epistemologia da Comunicação em Gregory Bateson: diálogos com o campo comunicacional. In: **Anais** 1º Congresso Mundial de Comunicação Íbero-americana: Sistemas de comunicação em tempos de diversidade cultural. 2011.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnica de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 2011.

MARTINS, José de Souza. **A sociedade vista do abismo**: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Editora Vozes, 2002.

MATOS, Pollyane da costa, *et al.* Práticas integrativas complementares na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, 2018, 23.2. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b8e9/f88fe0d3ad73edf84e005157a6a143b03a23.pdf>. Acesso em: 12 Out. 2020.

MATURANA, H. **A ontologia da realidade**. Belo Horizonte: Ed. Da UFMG, 1997.
MCCALL, Leslie. A complexidade da interseccionalidade. **Sinais: Revista das mulheres na cultura e na sociedade**, v. 30, n. 3, p. 1771-1800, 2005.

MCKAY, J.; MARSHALL, P. The Dual Imperatives of Action Research. **Information Technology & People**, v. 14, n. 1, p. 46-59, 2001. <http://dx.doi.org/10.1108/09593840110384771>.

MELILLO, Aldo; OJEDA, Néstor Suárez (Orgs.). **Resiliencia**: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós, 2001. p. 83. Disponível em: http://danielbertoli.synthasite.com/resources/aulas/ADM_TGA6.pdf. Acesso em: 07 Out. 2020.

MELLO, Luiz; AVELAR, Rezende Bruno de; MAROJA, Daniela. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Sociedade e Estado**, 2012, 27.2: 289-312. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922012000200005&script=sci_arttext Acesso em: 13 jul. 2020.

mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol.62, n.5, p. 687-94, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio, de Janeiro: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública** 1994; 10 Suppl 1:7-18.

MISKOLCI, Richard. Não ao sexo rei: da estética da existência foucaultiana à política queer. **Sexualidade, Corpo e Direito**, p. 47-68, 2010.

MORAES, M. N. *et al.* **Terapia Comunitária Integrativa no sertão paraibano**: avanços e desafios no contexto do SUS. 2014.112 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

MORAIS, Alexandre de. **Direito constitucional**. Editora Atlas, p. 16, 2005. Disponível em: https://jornalistaslivres.org/wp-content/uploads/2017/02/DIREITO_CONSTITUCIONAL-1.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

MORAIS, F. L. S. L. **Rodas de Terapia Comunitária**: espaços de mudanças para profissionais da estratégia saúde da família [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

MORENO, Zerka T. **Psicodrama de crianças**. Rio de Janeiro: Vozes, 1975.

MOURA, S. G. de *et al.* A experiência da Terapia Comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 1, p. 329-338, 2012.

MURARO, Rose Marie; BOFF, Leonardo. **Feminino e masculino**: uma nova consciência para o encontro das diferenças. Sextante, 2002.

NASH, Jennifer C. Re-pensando interseccionalidade. **Revisão Feminista**, v. 89, n. 1, p. 1-15, 2008.

NATIVIDADE, Marcelo; OLIVEIRA, Leandro de. Religião e intolerância à homossexualidade: tendências contemporâneas no Brasil. *In*: SILVA, Vagner Gonçalves. **Impactos do neopentecostalismo no campo religioso afro-brasileiro**. São Paulo: Edusp,

2007.

NAVASCONI, Paulo Vitor Palma. **Vida, adoecimento e suicídio**: racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros/as LGBTTIS. Belo Horizonte: Letramento, 2019.

NEDER, Christina R.; PINHEIRO, Sandra de Azevedo. Terapia Comunitária em ambulatórios universitários. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 34, n. 4, p. 520-525, 2010.

NGUYEN, Long T., *et al.* "Use of complementary and alternative medicine and self-rated health status: results from a national survey." **Journal of general internal medicine** 26.4 (2011): 399-404.;[Acesso em: nov 2019]; Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-010-1542-3>.

NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO, J. R.; KENNETH, Rochel de. A orientalização do Ocidente como superfície de emergência de novos paradigmas em saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, 2007, 14.3: 841-861.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001, 63-72.

OLIVEIRA, João Manuel de *et al.* **Pessoas LGBT**: identidades e discriminação. Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de gênero, 2010.

OLIVEIRA, S. M. **O Grupo Multifamília no contexto de vulnerabilidade social**: o olhar do profissional. 123f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/06/18/internacional/1529346704_000097.html. Acesso em: 21 Jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID – 10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORTEGA, F. O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008. *In*: ORTEGA, F. Corporeidade e biotecnologias: uma crítica fenomenológica da construção do corpo pelo construtivismo e pela tecnobiomedicina. **Cienc. Saude Colet**, 2007, 12.2: 381-8.

OSÓRIO, Luiz Carlos; DO VALLE, Maria Elisabeth. **Terapia de famílias**: novas tendências. Artmed Editora, 2002.

PAIM, J. S. Saúde e estrutura social: introdução ao estudo dos determinantes sociais da saúde. *In*: SILVA, L. M. V. da (org.). **Saúde coletiva**: textos didáticos. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994.

PARAÍBA. Governo do Estado da. Secretaria de Estado da Saúde. Complexo Hospitalar Clementino Fraga, **Relatório Semestral do Ambulatório de Travestis e Transexuais da**

Paraíba, 2017.

PARAÍBA. Governo do Estado da. Secretaria de Estado da Saúde. Complexo Hospitalar Clementino Fraga, **Relatório semestral do Ambulatório de Travestis e Transexuais da Paraíba**, 2020.

PARDINI, Bruna Áfrico. **Vivenciando a transexualidade**: o impacto da violência psicológica na vida das pessoas transexuais. 2017.

PARSONS, Talcott. **The social system**, New York: Free Press of Glencoe, 1979.

PASCOAL, F. F da S. **Síndrome de Burnout entre os profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família**: risco de adoecimento mental. João Pessoa–PB, 2008.

PELÚCIO, Larissa. **Abjeção e desejo**: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2009a.

PEREIRA, Fabio Queiroz; GOMES, Jordhana Maria Costa. Pobreza e Gênero: a marginalização de travestis e transexuais pelo direito. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, 2017, 22.2: 210-224.

PERES, Wiliam Siqueira. Travestis: corpos nômades, sexualidades múltiplas e direitos políticos. **Michel Foucault**: sexualidade, corpo e direito. Marília: Oficina Universitária, p. 69-104, 2010.

PEROVANO, Dalton Gean. **Manual de Metodologia Científica**. Paraná: Juruá, 2014.

PINHEIRO, I. R.; CREPALDI, M. A.; CRUZ, R. M. (2012). Entendeu ou quer que eu desenhe? Transições familiares através da visão sistêmica. **Fractal: Revista de Psicologia**, 24(1), 175–192.

PINTO, M. J.; BRUNS, MAT. **Vivência Transexual**. O corpo desvela seu drama. Campinas: Átomo, 2009.

PRADO, Marco; NOGUEIRA, Paulo; MARTINS, Dinis. Escola e a política de armário e reprodução das hierarquias sexuais no Brasil. **Currículos, Gêneros e Sexualidades**: experiências misturadas e partilhadas. Espírito Santo: EDUFES, p. 26-46, 2013.

PUSSETTI, Chiara; BRAZZABENI, Micol. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. **Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia**, 2011, 15.3): 467-478 ;[Acesso em: nov 2019]; Disponível em: <https://journals.openedition.org/etnografica/1036>.

QUINTELA, Hugo Felipe. Navalha na carne: o não reconhecimento da transexualidade e suas consequências. **Fazendo gênero: desafios atuais dos feminismos**, v. 10, 2013.

RIVALTA. M. (Org.). **Terapia Comunitária – Tecendo Redes para a Transformação Social, Saúde, Educação e Políticas Públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

RABINOW, Paul; BIEHL, João Guilherme. **Antropologia da razão**: ensaios de Paul Rabinow. Relume Dumará, 2002.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho**, 2006, 24: 27-57. Disponível em: https://dlwqtxts1x7le7.cloudfront.net/33345351/O_biopoder_hoje.pdf?1396209733=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DO_CONCEITO_DE_BIOPODER_HOJE.pdf&Expires=1602535510&Signature=CWvCcAKN̄mw3Kon6vȲCD̄b08hygmam2h7aqsL6NkfFdsvnSb rbZR0XKfE1NgGyYOIRNdrCZ9wRxVCyJTtwlHjgw8m8POOhoBX1Io8IyXBcZAHW6Bb5BFKEm4y4~QS5Nj8RligbuLvjo5D2X7R9ae3wfUNlrAFeuGlF36Ze1I~8YMWezyo1n5ee5j62ZIEhY5NN3UmKoOI6VprE-EvysRsH9SDnqAquHgW8nadZUal2Em-C12-47fJxmQ2OXP7ZIt3e9kM9ezbiurOrPGZfWUunqvTOBXqBNw05BVIIeubDvqm04HnygRw~HNUq1XdNjUhbhtvzk62Hn3o6DXN47BhQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em: 12 Out. 2020.

RELVAS, A. P. **O ciclo vital da família, perspectiva sistêmica**, Porto: Afrontamento, 1996.

RESENDE, Livia da Silva. **Homofobia e violência contra a população LGBT no Brasil: uma revisão narrativa**. 2016. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/16212> Acesso em: 13 jul.2020.

RIBEIRO, José Luís Pais. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise psicológica**, v. 17, n. 3, p. 547-558, 1999.

RIOS, R.R. O conceito de homofobia na perspectiva dos direitos humanos e no contexto dos estudos sobre preconceito e discriminação. **Rompendo o silêncio: homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea**, p. 27-48, 2007.

ROCHA, I. A *et al.* A Terapia Comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde

ROCHA, Ianine Alves da *et al.* A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 687-694, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000500006&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 ago. 2020.

ROCHA, Ianine Alves da *et al.* Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 155-162, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000300020&script=sci_arttext. Acesso em: 24 ago. 2020.

ROCON, P. C.; RODRIGUES, A.; ZAMBONI, J.; PEDRINI, M. D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(8), 2517-2526. doi:10.1590/1413-81232015218.14362015.

ROSA, Guimarães. **Grande sertão: veredas**. Editora Companhia das Letras, 2019.

ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes; 2009.

SADIR, Maria Angélica; BIGNOTTO, Márcia Maria; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100010&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 ago. 2020.

SAMPAIO, J. V.; GERMANO, I. M. P. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 5, 2014.

SAMPAIO, Juliana; ARAÚJO JR, José Luís. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 3, p. 335-346, 2006.

SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. A. D. Quando o estranhamento se traduz em preconceito: trajetórias de vida de pessoas transexuais, *In*: VIEIRA, T. R. (Org.). **Minorias Sexuais**: direitos e preconceitos. Brasília, DF: Consulex, p. 375-396, 2012.

SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. Á. D. **Transexualidade**: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. 2012.

SANTI, Liliane N.; NAKANO, Ana M. S.; LETTIERE, A. percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto - Enfermagem, Florianópolis**, v. 19, n. 3, 2010, pp. 417-424. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000300002&script=sci_arttext Acesso em: 15 jul. 2020.

SANTOS, A. S. Os homens, as mulheres e os outros: reflexões sobre a construção da masculinidade e da feminilidade nos corpos. *In*: **Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades**, Salvador, Brasil. 04-06 de setembro de 2011.

SANTOS, J. L.; MACEDO, R. M. S. Valores familiares e educação dos filhos na contemporaneidade. *In*: MACEDO, R. M. S. **Terapia familiar no Brasil na última década**. São Paulo: ROCA, 2008.

SANTOS, L. **Direito a saúde e sistema único de saúde: conceito e atribuições**. O que são ações e serviços de saúde. *In*: SOUZA, A. E. *et al.* (Org.). **Direito a saúde no Brasil**. São Paulo: Saberes Editoras, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300011. Acesso em: 13 out. 2019.

SANTOS, Paula Renata Miranda dos *et al.* Ética em pesquisa e a terapia comunitária integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. SPE2, p. 148-154, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000800148&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 13 ago. 2020.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Alteridade da dor nas práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015, 20: 3713-3721. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n12/3713-3721/pt/>. Acesso em: 16 Out. 2020.

SARTI, Cynthia Andersen. A família como ordem simbólica. **Psicologia usp**, 2004, 15.3: 11-28. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642004000200002&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 jul. 2020.

SCHRAMM, F. R.; BARBOZA, H. H.; GUIMARÃES, A. A **Moralidade da transexualidade: aspectos bioéticos e jurídicos**. 2011.

SCHVEITZER, Mariana Cabral; ESPER, Marcos Venício; SILVA, Maria Júlia Paes da. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, 2012, 36.3: 442-451. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/6.pdf. Acesso em: 12 Out. 2020.

SCOTT, J. Gênero: Uma categoria útil para a análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20 (02), p. 71-99, 1995.

SEGATO, Rita Laura. Antropologia e direitos humanos: alteridade e ética no movimento de expansão dos direitos universais. **Mana**, v. 12, n. 1, p. 207-236, 2006.

SEIXAS, Ana Maria Ramos. Sexualidade feminina: história, cultura, família-personalidade & psicodrama. In: **Sexualidade feminina: história, cultura, família-personalidade & psicodrama**. 1998. p. 292-292.

SENA, A. G. N.; SOUTO, K. M. B. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, v.11, n.1, p. 09-28, 2017.

SHIN, L. M.; LIBERZON, I. The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. **Neuropsychopharmacology**. 2010;35:169-91.

SILVA, Ariana Kelly Leandra Silva da. Diversidade sexual e de gênero: a construção do sujeito social. **Revista NUFEN**, v. 5, n. 1, jan-jul, p. 12-25, 2013. Disponível em: Acesso em: 21 de junho de 2019.

SILVA, Bárbara Tarouco da; SILVA, Mara Regina Santos da. Necessidades e preocupações dos pais em diferentes etapas do ciclo vital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 957-964, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000600957&script=sci_arttext&tlng=ptAcesso em: 25 jun. 2020.

SILVA, Bruno de Brito; CERQUEIRA-SANTOS, Elder. Apoio e suporte social na identidade social de travestis, transexuais e transgêneros. **Revista da SPAGESP**, v. 15, n. 2, p. 27-44, 2014.

SILVA, M. J. P. **Práticas alternativas e complementares e enfermagem**. Grupo de práticas alternativas ou complementares em saúde, 2014. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/site/index.php/paginas/mos-trar/752/1343/107>. Acesso em: 12 Out. 2020.

SILVA, Giuslane Francisca da; FOUCAULT, M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970/Michel Foucault; tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2013. **Revista Outras Fronteiras**, 2016, 2.1: 163-168. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Temp/154-296-1-SM.pdf>. Acesso em: 12 Out. 2020.

SILVA, Renan Antônio. Trans, ideologia da violência: criando personagens de direitos no Brasil. In: SILVA, Paulo Celso da; ROVIDA, Mara; LOPES, Felipe T. P.; GARCIA, Wilton (orgs.). **Gêneros, diversidades, tecnologias e smart city**. Sorocaba: EDUNISO, 2018.

SIMPSON, Keila, and BRASIL. "**Transexualidade e travestilidade na saúde**." Ministério da Saúde, organizador. *Transexualidade e travestilidade na Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde (2015): 9-15.

SLUZKI, Carlos E.; BERLINER, Claudia. **Rede Social na Prática Sistêmica**, a. Casa do Psicólogo, 1998.

SOLOMON, Andrew. **Longe da árvore: pais, filhos e a busca da identidade**. Editora Companhia das Letras, 2013.

SORDI, Anne Orgler; MANFRO, Gisele Gus; HAUCK, Simone. O conceito de resiliência: diferentes olhares. **Revista Brasileira de Psicoterapia**. Porto Alegre. Vol. 13, n. 2 (maio/ago. 2011), p. 115-132, 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/201004/000999000.pdf?sequence=1> Acesso em: 07 Nov. 2020.

SOUZA, Eduardo F.; LUZ, Madel Therezinha. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 2009, 16.2: 393-405. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702009000200007&script=sci_arttext, Acesso em: 12 Out. 2020.

SOUZA, K. M. J.; CASTELLANOS, M. E. P.; SÁ, L. D.; PALHA, P. F. Experiência de adoecimento e narrativas: apontamentos teóricos e metodológicos. In: MELO, L. P.; GUALDA, D. M. R.; CAMPOS, E. A. (editores). **Enfermagem, Antropologia e Saúde**. 1 ed. Barueri: Manole; 2013. p. 188- 222.

STAUNÆS, Dorthe. Da vanguarda cultural à sexualmente promíscua: subjetividades cômicas e intersecções na transição social da infância para a juventude. **Feminismo e Psicologia**, v. 15, n. 2, p. 149-167, 2005.

STOTZER, Rebecca L. **Comparison of hate crime rates across protected and unprotected groups**. Los Angeles: University of California, School of Law, 2007. Disponível em: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Stotzer-Comparison-Hate-CrimeJune-007.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 1, n. 1, p. 7-40, 1997.

TELES JÚNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, 2016, 30.86: 99-112. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000100099&script=sci_arttext. Acesso em: 12 Out. 2020.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

TOLEDO, R. Ferraz de; JACOBI, P. R. Pesquisa-ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. **Educação & Sociedade**, v. 34, n. 122, 2013.

TRANSGENDER EUROPE'S TRANS MURDER MONITORING. **Reported deaths of 816 murdered trans persons from january 2008 until december 2011 [Online, 2012a]**.

Disponível em: <http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/TMM/TvT-TMMTables2008-2011-en.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004.

Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a06.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

TUCKER, Patrícia; MONEY, John. **Os papéis sexuais**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

UNESCO. **Declaração Mundial de Educação para Todos e Diretrizes de Ação para o Encontro das necessidades básicas de aprendizado**, 1994.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da Ciência**. Papirus Editora, 2003.

VASCONCELLOS, M. J. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da Ciência**. Campinas, SP: Papirus, 2014.

VENTURI, Gustavo. Intolerância à diversidade sexual. **Teoria e Debate**, v. 78, p. 20-23, 2008.

VIEIRA, T. R. Adequação de nome e sexo e a vulnerabilidade do transexual. In: VIEIRA, T.R. (Org.). **Minorias Sexuais: direitos e preconceitos**. Brasília – DF: Consulex, 2012. p. 375-396.

VIEIRA, T. R. Adequação de nome e sexo e a vulnerabilidade do transexual. In: VIEIRA, T.R. (Org.). **Minorias Sexuais: direitos e preconceitos**. Brasília – DF: Consulex, 2012. p. 375-396.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. Mudança de sexo: aspectos médicos, psicológicos e jurídicos. **Akrópolis-Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, v. 6, n. 21, 1998. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/akropolis/article/view/1713>. Acesso em: 11 jul. 2020.

VIEIRA, T. R.; SAMPAIO, L. L. P. As Transexualidades na atualidade: aspectos conceituais e contexto. In: VIEIRA, T.R., SAMPAIO, L.L.P. (ORG). **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**. Salvador, UFBA, 2014. p. 13-23.

VILLAÇA, Hilda. Narrativa e Resiliência em Documentário. **DOC On-line: Revista Digital de Cinema Documentário**, 2009, 6: 217-220. Disponível em: <file:///C:/Users/DST-AIDS/Downloads/Dialnet-NarrativaEResilienciaEmDocumentario-4004078.pdf> Acesso em: 07 de Out. 2020.

VILLELA, Wilza Vieira. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção integralidade. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, 2009, 48: 26-30.

VON BERTALANFFY, Ludwig. **Teoria geral dos sistemas**. Petrópolis: Vozes, 1975.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIM, Janet Helmick; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Editora Cultrix, 1993.

WATZLAWICK, Paul; WEAKLAND, John; FISCH, Richard. **Mudança**: princípios de formação e resolução de problemas. Trad. de Jamir, 1977.

WINCK, Gustavo Espíndola. Transexualidade Masculina e Família: considerações sobre o gênero e a rede de apoio social. *In*: STREY, Marlene Neves; SILVA NETO, João Alves da; HORTA, Rogério Lessa. **Família e gênero**. P 191-209, Porto Alegre, EDIPUCRS, 2007.

WINCK, Gustavo Espíndola; PETERSEN, Circe M. S. O transexual masculino: considerações sobre rede de apoio social e coping na mudança do sexo anatômico. **Revista Ártemis**, n. 2, 2005.

YOUNG-BRUEHL, Elisabeth. Sexual diversity in cosmopolitan perspective. **Studies in Gender and Sexuality**, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2010.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado/a Senhor/a!

Esta pesquisa, intitulada ‘A terapia comunitária integrativa sistêmica: contribuições para os cotidianos de pais e mães de pessoas transexuais’, está sendo desenvolvida pela pesquisadora Ivoneide Lucena Pereira, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação das Professoras Dra. Sandra Aparecida de Almeida e Dra. Anna Luiza Castro Gomes. Os objetivos do estudo são de analisar as contribuições da TCI para o enfrentamento das dificuldades cotidianas experienciadas pelos/as pais e mães de pessoas transexuais atendidas no Ambulatório TT da Paraíba e realizar TCI para pais e mães de pessoas transexuais ali atendidas.

A finalidade do trabalho é de contribuir para se compreender que a relevância deste estudo consiste em abordar uma temática atual e nova no campo da saúde coletiva. Para isso, é necessário desenvolver estudos que consigam pesquisar/investigar os cotidianos de pais e mães de pessoas que tomaram a decisão de buscar sua verdadeira identidade de gênero, utilizando hormônios e/ou submetendo-se a cirurgias, à luz da terapia comunitária integrativa (TCI), com sua capacidade de promover transformações. Nesse sentido, acreditamos que a pesquisa-ação trará os seguintes benefícios diretos: trocas de experiências com pais e mães que passam por experiências parecidas, ampliação de redes de apoio, fortalecimento de cuidado integral e ampliação de vínculos.

Solicitamos sua colaboração para participar de 12 encontros de TCI e sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicá-los em revista científica. Todas as pesquisas com seres humanos envolvem risco, imediatos ou tardios. Nesse sentido, a pesquisa poderá expor os sujeitos, constrangê-los ou quebrar o sigilo e o anonimato em relação aos dados obtidos. No entanto, o pesquisador adotará todos os cuidados necessários para evitar essas situações, respeitando todas as regras da **Resolução 466/12 da CONEP/MS**).

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária, portanto, o/a senhor/a não é obrigado/a a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo/a pesquisador/a. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir dele, não sofrerá nenhum danos nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento.



Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal

Espaço para impressão dactiloscópica

Assinatura da testemunha

Caso necessite de mais informações sobre o estudo, favor ligar para a pesquisadora responsável, IVONEIDE LUCENA PEREIRA - (83) 99996-9696.

Endereço: AV. PEDRO II, 1826, TORRE - Telefone: 3211-9022

Atenciosamente,

IVONEIDE LUCENA PEREIRA

SANDRA APARECIDA DE ALMEIDA

Obs.: O participante da pesquisa ou seu representante legal e a pesquisadora responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo

ANEXO I

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica: Ressignificando o sofrimento psíquico durante o processo transexualizador

Pesquisador: Ivoneide Lucena Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18787419.5.0000.5188

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.715.700

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado vinculado ao PPGENF/CCS/UFPB com proposta de pesquisa de abordagem qualitativa, tendo como técnica a pesquisa-ação.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentar os impactos causados pela Terapia Comunitária Integrativa em familiares das pessoas atendidas no ambulatório de travestis e transsexuais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco de risco de exposição dos sujeitos, de constrangê-los e ou de quebra de sigilo e de anonimato. Por isso será adotado os cuidados necessários para evitar que ocorra, objetivando a privacidade, na tentativa de garantir o uso exclusivo das informações colhidas para a pesquisa em tela. O agendamento e a aplicação dos instrumentos serão agendados conforme a disponibilidade dos participantes.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, acredita-se que será promovido a redução dos níveis de ansiedade, de sintomas de depressão e de outros tipos de sofrimento psíquico, proporcionando reflexões individuais e coletivas, geradoras de transformações sistêmicas promotoras de apoios de familiares e da rede de atenção.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.715.700

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

anexou todos os termos e documentos obrigatórios

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1335854.pdf	14/10/2019 15:29:00		Aceito
Outros	CERTIDAO_ATUAL_POS.pdf	05/09/2019 17:26:08	Ivoneide Lucena Pereira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_.pdf	29/08/2019 16:10:48	Ivoneide Lucena Pereira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_.pdf.pdf	29/08/2019 16:00:21	Ivoneide Lucena Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_AGOSTO.pdf	27/08/2019 19:49:58	Ivoneide Lucena Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MOLDES_UFPB.pdf	27/08/2019 19:48:07	Ivoneide Lucena Pereira	Aceito
Outros	Confidencialidade_do_Participante.pdf	16/08/2019 21:08:26	Ivoneide Lucena Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPROMISSO_PESQUISADOR.pdf	16/08/2019 21:03:52	Ivoneide Lucena Pereira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	16/08/2019	Ivoneide Lucena	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
 Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.715.700

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	13:04:37	Pereira	Aceito
----------------	-----------------------------	----------	---------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 20 de Novembro de 2019

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO II

ROTEIRO PARA O PASSO A PASSO DA TERAPIA COMUNITÁRIA

INTEGRATIVA

01. Acolhimento: realizado pelo coterapeuta, com duração de +/- 7 minutos, por meio de seis procedimentos:
- a. Dar boas vindas;
 - b. Celebrar a vida dos aniversariantes do mês;
 - c. Explicar os objetivos da TCI;
 - d. Explicar as regras da TCI;
 - e. Aquecer o grupo para trabalhar;
 - f. Apresentar o terapeuta comunitário;
02. Escolha do tema: feita pelo terapeuta comunitário, com duração de +/- 10 minutos, por meio de cinco procedimentos:
- a. Palavra do terapeuta comunitário;
 - b. Apresentação dos temas;
 - c. Identificação do grupo com os temas apresentados;
 - d. Votação;
 - e. Agradecimentos.
03. Contextualização: feita pelo terapeuta comunitário, com duração de +/- 15 minutos e composta de dois procedimentos:
- a. Informações (onde o participante cujo tema foi escolhido dará mais informações sobre seu problema);
 - b. Mote: elaboração de uma pergunta-chave, que irá possibilitar uma reflexão coletiva.
04. Problemática: realizada pelo terapeuta comunitário, com duração de +/- 45 minutos, por meio de um procedimento:
- a. Lançamento do mote coringa ou simbólico/específico;
05. Conclusão: realizada pelo coterapeuta, com duração de +/- 10 minutos, por meio de dois procedimentos:
- a. Formação da roda (convida-se o grupo a se levantar e formar uma grande roda fazendo um movimento suave de um lado para o outro).
 - b. Conotação positiva (o terapeuta verbaliza o que mais o tocou no tema escolhido e abre espaço para o grupo verbalizar o que aprendeu com as histórias de vida verbalizadas).

ANEXO III

FICHA DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA



Fichas de Organização das Informações da Rodas de T.C.I

Equipe de terapeutas:

1- Data: _____ Local: _____
 _____ horário: _____

2 – Tipo de grupo: () misto () específico _____

3 – Nº de participantes: 0 a 10 anos 11 a 19 anos
 20 a 59 anos + de 60 anos
 Total de participantes Novatos

4 – Listar os principais temas apresentados:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

5 – Tema escolhido: _____

6 - Mote proposto: _____

7 – A partir dos depoimentos dos participantes, que estratégias foram sugeridas para o enfrentamento do tema escolhido?

- a- _____

- b- _____

- c- _____

- d- _____

e- _____

8 – Fazer a conotação positiva, recolhendo do grupo o que aprendeu / o que está levando / depoimento sobre os benefícios que trouxe para si a participação na T.C.:
