



Ispa

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**A Influência do processo psicoterapêutico na emancipação social
transgénero**

Filipa Maria Quadros Sampaio Telles de Abreu

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2021

Dissertação de Mestrado Realizada sob a orientação do Prof. Doutor António Pazo Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado no Diário da República 2ª série de 26 de setembro, 2006.

Índice

Índice	4
ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA	7
Resumo	7
Abstract	8
INTRODUÇÃO TEÓRICA	10
EPISTEMOLOGIA DO GÊNERO	14
A INFLUÊNCIA DA TERAPIA NA AUTODERTERMINAÇÃO DE GÊNERO ...	20
Enquadramento linguístico das terapias afirmativas	22
O Processo de Transição	23
Conclusão	25
Referências	26
ARTIGO EMPÍRICO	30
Resumo	31
Abstract	32
Introdução	33
Método	35
Participantes	35
Instrumentos	36
Consentimento Informado	36
Guião de Entrevista Semiestruturada	36
Procedimento	36
Análise de Dados:	38
Resultados	39
Análise dos Dados da Entrevista	39
Abordagem Clínica	39

Abordagem Clínica – Análise Integral.....	42
Relação Terapêutica.....	43
Relação Terapêutica - Análise Integral	46
Adaptação Social	47
Adaptação Social - Análise Integral.....	50
Discussão	51
Limitações.....	55
Considerações Futuras	56
Referências	57
ANEXOS	62
ANEXO 1	63
Consentimento Informado	63
ANEXO 2.....	64
Guião da Entrevista Semiestruturada	64
Versão direcionada para profissionais de saúde mental.....	64
Anexo 3 - Tabela de Código.....	68
Tabela 1 - Entrevista Dr. L.....	68
Anexo 4 – Tabela de Código	75
Tabela 2 – Entrevista Dra. S.....	75
Anexo 5 - Tabela Código.....	83
Tabela 3 – Entrevista Dra. M	83
Anexo 5 – Tabela De Código	90
Tabela 4 – Entrevista Dr. J.....	90
ANEXO 6.....	99
Entrevista a Psicólogo Clínico da Associação Solidaria Casa-Qui	99
Dr. L.....	99
Anexo 7.....	116

Entrevista Psicóloga Clínica ILGA	116
Dra. S	116
Anexo 8	133
Entrevista à Psicóloga Clínica especializada em sexologia	133
Dra. M	133
Anexo 9	153
Entrevista ao Psicólogo Clínica especializado em sexologia.....	153
Dr. J	153

ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

Resumo

O estudo sobre a identidade de gênero, surge na investigação científica, como um tema que é alvo de uma carga patológica indiscriminada por associação aos movimentos que compreendem o processo do desenvolvimento infantil e que estabelecem o paradigma conceptual da sexualidade ortodoxa.

Hoje em dia, é possível afirmar que a desconstrução da sexualidade promoveu a composição de um motor de busca para a comunidade terapêutica, que ambiciona dar resposta a todas as questões que este tópico provoca no mundo interno dos indivíduos que apresentam incongruências entre o corpo sexuado e o género estabelecido psiquicamente ou todos aqueles que simplesmente não se inserem dentro do sistema binário socialmente imposto. Assim sendo, este estudo visa explorar a necessidade de criar um espaço seguro de partilha, no qual seja possível acompanhar a transição do individuo e incentivar a sua emancipação. Pretende, também, depreender as diversas dimensões que englobam a autodeterminação do género em consideração à mudança, aos papéis sociais, à abordagem clínica e à relação terapêutica.

Numa primeira etapa da investigação, foi realizado um enquadramento teórico, no qual são retratados alguns conceitos chave sobre a temática para uma compreensão mais ilustrativa do estudo em causa. De seguida, é apresentado o artigo empírico que consta uma análise de dados aprofundada sobre o ponto de vista do profissional de saúde em referência ao trabalho clínico com a comunidade trans.

Palavras-Chave: Identidade de género; Inclusão social LGBT; Autodeterminação de género; Processo psicoterapêutico; Transgénero; Relação terapêutica; Disforia de Género.

Abstract

The study of gender identity, appears in the scientific investigation as a theme that is the target of an indiscriminate pathological load - associated with movements that comprise the process of child development and that establish the conceptual paradigm of the orthodox sexuality.

Nowadays, it is possible to affirm that the deconstruction of sexuality promoted the composition of a search engine in the therapeutic community, which aims to answer all the questions that this topic raises in the internal world of individuals who present incongruence between the sexed body and gender psychically established or all those who simply do not fit into the socially imposed binary system. Therefore, this study aims to explore the need to create a safe space for sharing, in which it is possible to monitor the individual's transition and encourage their emancipation. It also intends to understand the various dimensions that encompass gender self-determination in consideration of change, social roles, the clinical approach and the therapeutic relationship.

In the first stage of the investigation, a theoretical framework was carried out, in which some key concepts on the subject are portrayed for a more illustrative understanding of the study in question, in the perspective of the health professional in reference to clinical work with the trans community.

Key words: Gender identity; LGBT social inclusion; Gender self-determination; Psychotherapeutic process; Transgender; Therapeutic relationship; Gender Dysphoria.

INTRODUÇÃO TEÓRICA

Em tempos contemporâneos, a conjectura descrita sobre as questões da sexualidade, profere que o género é o significado social ou coleção de características prescritas para categorias de sexo numa determinada sociedade e cultura. A identidade de género, reflete o senso de identidade e a trajetória de autoidentificação cuja terminologia utilizada é, atualmente, ostentada pela sua pluralidade e abundância. Desta forma, explorar os vários termos que compõem a identidade de género não passa apenas por reconhecer o género binário, masculino ou feminino, mas também pela integração do género não-binário (que espelha a identificação do indivíduo fora do conceito normativo) e descreve as diversas variantes terminológicas que são utilizadas para desenhar adequadamente o género com que o indivíduo se identifica (Tosh, J. (2016). Assim sendo, para aprofundar a compreensão da sexualidade é necessário identificar o seu glossário, bem como outras componentes que a constituem. Neste sentido, podemos identificar a diversidade através das seguintes categorias: expressão de género, que representa a variedade de formas pelas quais os sujeitos podem comunicar o seu género e identidade em um determinado contexto sociocultural, através por exemplo do cabelo, roupa e voz; orientação sexual corresponde à atração sexual e emocional em relação a um homem, mulher, ambos ou nenhum e desta forma pode ser categorizada como: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade e assexualidade; pangénero, determinante que descreve o indivíduo que se identifica com diversos géneros; genderqueer, que indica uma pessoa que não se enquadra na estrutura de género binária tradicional, por norma abrange a descrição relativa à orientação sexual e identidade de género; genderfluid cujo género não é fixo e encontra-se em constante mutação; bigénero, descrito como uma combinação do género masculino e feminino; agender que descreve um indivíduo que não se identifica com nenhum género; transgénero, termo referente às pessoas cuja identidade de género difere do sexo atribuído; transexual, alusivo ao indivíduo que tem um papel ativo na mudança de sexo (através de cirurgias por exemplo) e por fim cisgénero que se apresenta em oposição ao transgénero, representativo da norma demográfica dos indivíduos que se identificam com o sexo atribuído (Tosh, J. 2016). Por conseguinte, disforia de género, conceito introduzido em 1974 por Fisk, é utilizado para descrever os indivíduos que não se identificam com o sexo atribuído à nascença, e visa identificar o desconforto afetivo-cognitivo da

problemática identitária disposta. Este fenômeno pode manifestar-se na infância, na puberdade ou mais tarde em vida adulta. Em termos psicológicos esta manifestação compreende uma angústia significativa para o indivíduo visto dispor uma incongruência identitária marcada pelo desejo de incorporar o gênero sexual oposto (físico e mental) e descartar as próprias características sexuais primárias e secundárias do corpo. Ou seja, o sujeito não revê o sexo biológico que lhe foi concedido, (associado à genitália externa e à estrutura fisiológica do sujeito), com o gênero sexual com que se identifica.

A disforia de gênero é motivo que incentiva a procura de ajuda profissional no campo da psicologia. Muitos indivíduos procuram apoio na sequência deste conflito, para obterem uma compreensão sobre a realidade deste paradigma, bem como para a transição de gênero que pressupõe um diagnóstico prévio para a possibilidade da prescrição de medicação hormonal adequada e para as respectivas cirurgias. Em adição a este tratamento é comum indivíduos que apresentem disforia de gênero sofrerem de ansiedade e depressão a um grau mais acentuado que a generalidade das pessoas devido à suscetibilidade da sua circunstância, pois integram uma minoria social que é alvo indiscriminado de segregação em sociedades tipicamente binárias e com traços de misoginia latentes (Budge, Adelson and Howard). O objetivo da intervenção terapêutica, neste caso, não tenciona alterar a identidade de gênero do indivíduo, mas sim explorar as preocupações que atormentam os sujeitos de forma a fornecer o retorno da qualidade de vida e equilíbrio psíquico (Bockting and Coleman, 2007). Desta forma, a terapia visa uma intervenção presumivelmente longitudinal que pretende confortar as angústias relativas à integridade individual do sujeito, sendo possível abrigar as opressões que poderão surgir a nível relacional e profissional, sendo que a decisão de transição de gênero é intrinsecamente disposta ao critério do indivíduo.

O acompanhamento terapêutico de indivíduos que apresentam disforia de gênero revela que a transição de gênero requer a adaptação do papel social cujo sujeito representava anteriormente. Esta adaptação poderá significar alterações no comportamento como parte da mudança e apropriação de identidade, que poderá iniciar antes ou depois da escolha da realização de cirurgias estéticas que alterem a fisionomia (por exemplo, a colocação de implantes mamários) e o consumo de medicação hormonal. A transição de gênero submete o indivíduo a confrontar-se com exigências externas e internas da identidade, como é possível rever na possibilidade de rejeição familiar, incompreensão conjugal ou conflitos internos que culminam em resistência. Desta forma, constata-se neste processo, a passagem pelo luto que oferece a possibilidade ao indivíduo de se desapegar da imagem que assumia no passado e dar lugar a algo novo.

Entre os diversos tipos de intervenção psicológica, práticas como a terapia conversacional, caracterizam-se pela imposição de critérios religiosos ou doutrinas que renunciam qualquer variante sexual divergente da visão sexual binária que visa a procriação e desta forma associam a disforia sexual à tendência perversiva do indivíduo e ao desencontro com a sua própria natureza. Ou seja, esta vertente tem como premissa a mudança dos respetivos pensamentos intrusivos que entram em desacordo com a visão binária socialmente aceite conforme os costumes morais da comunidade, da religião ou da família. Assim sendo, a conversa terapêutica utiliza técnicas como a terapia reparadora, reintegrativa, reorientação e cura homossexual para cumprir o objetivo terapêutico que se prende pela mudança da orientação de género através da moldagem e reestruturação dos desejos do indivíduo. Em termos legais a consideração deste tipo de práticas alberga uma tolerância discriminativa que incentiva a credibilidade ética deste tipo de intervenção, sendo necessário compreender que não existe validação científica na terapia conversacional. Esta prática pode induzir inúmeras consequências físicas e psicológicas para o indivíduo e é irrefutavelmente um tratamento pouco ético e discriminatório, sendo que transpassa diversas regras do código deontológico, código este que pretende preservar a aliança terapêutica bem como respeitar integralmente o paciente. (Alempijevic et al., 2020, p. 101930)

The World Medical Association postula que a homossexualidade não representa uma doença, mas sim uma variante do espectro sexual do sujeito, o Manual de Doenças Mentais (DSM) deixou de reconhecer a homossexualidade como uma doença desde 1973 e a World Health Organisation (WHO) desclassificou também a homossexualidade como desordem psíquica em 1990. Desta forma é possível desconstruir, com base em estudos decorrentes das diversas intervenções terapêuticas nas questões da sexualidade, a validade científica que alguns profissionais assumem sem fundamento empírico. Por conseguinte não é legítimo formular um diagnóstico ou tratamento visto que a doença não foi verificada. Nestes estudos averiguou-se ainda a ineficácia do cumprimento dos objetivos terapêuticos imorais, cuja finalidade intenta a mudança de orientação sexual ou identificação de género. Contudo, é importante reforçar que o papel do profissional de saúde implica respeitar a dignidade e os direitos do indivíduo, uma vez que a discriminação é repressiva, traumática e inibe o sujeito de atingir o equilíbrio psíquico, assim como qualidade de vida, (Alempijevic et al., 2020, p. 101930). Desta forma, com base no contexto anteriormente descrito e no reconhecimento gradual das variantes da sexualidade, a transexualidade não integra uma doença psíquica nos critérios particulares do DSM-5, no entanto, o manual menciona que o diagnóstico alusivo à disforia de género não é reputado como um transtorno e é apenas considerado adequado quando a identidade de género causa sofrimento ou incapacidade significativa. A estatística referente a este tópico, estima que 0,005

a 0,0014% da população masculina e 0,002 a 0,003% da população feminina, preenche os critérios de diagnóstico para disforia de gênero. Contudo, os números não são precisos e a amostra representativa deste critério não inclui necessariamente os indivíduos que se identificam como transsexuais.

O contexto de identidade de gênero, que nos é socialmente intrínseco, provém do molde cultural que define as normas associadas aos papéis desempenhados pelos respectivos gêneros atribuídos à nascença. As normas implementadas numa determinada cultura, ditam as hierarquias sociais de modo a estabelecer uma ordem, uma conduta que irá fornecer sentido ao sistema de crenças latente. Contudo a conceptualização destas mesmas normas e a forma como são interiorizadas socialmente, contrasta a expressão individual da própria sexualidade de cada um. Desta forma, os indivíduos LGBT são muitas vezes oprimidos, rejeitados pela própria comunidade por serem vistos como uma minoria que cria desvantagem num sistema que é inevitavelmente patriarcal e competitivo, (e.g., Bond & Allen, 2016; Moradi and Yoder, 2011; Serano, 2016). Os estudos atuais que visam investigar a temática de gênero ou transgênero em terapia, não albergam uma etologia clara sobre a incidência deste fator no envolvimento terapêutico, postulando apenas a hipótese desta variável não ser suficientemente significativa, (Wampold and Imel, 2015). Contudo, segundo os investigadores, o gênero pode estar associado aos resultados do tratamento devido às taxas diferenciais de certos diagnósticos (Felmingham and Bryant, 2012; Ogrodniczuk, 2006) ou associado a processos de tratamento, como a autor-revelação de terapeutas e a incorporação de estereótipos de gênero em transferência (Haddock and Lyness, 2002; Heru, Strong, Price, 2006). Assim, as práticas terapêuticas deveriam incluir uma tonalidade integrativa que seja capaz de fazer convergir a informação e o conhecimento científico adequado.

Embora os diversos modelos de referência teórica em psicologia determinem alguns fatores que poderão influenciar a epistemologia da disforia de gênero, como por exemplo os fatores sociais que poderão ser classificados ao nível do desenvolvimento sexual e do desenvolvimento psicoafectivo, a origem desta ambiguidade ainda permanece controversa. Contudo, os estudos científicos demonstram uma taxa de concordância superior em gémeos monozigóticos relativamente incidência da disforia de gênero, sugerindo a influência de uma componente biológica inata na construção da identidade transgênero. Ainda assim, do ponto de vista social, é legítimo deduzir que a conceção da sexualidade está em constante mutação, sendo alvo de interpretação social. Nesse sentido, a *normalidade* corresponde apenas à influência que o meio tem sobre a interação e as crenças apreendidas, uma vez que estas estão sujeitas aos símbolos envoltos de uma determinada cultura, pelo que a sexualidade é submetida à correspondência

ideológica predominante. Com efeito, verificamos que o papel biológico é deste modo um fator preditivo do sexo e não necessariamente da identidade de género, (Tosh, J. 2016).

EPISTEMOLOGIA DO GÉNERO

Vários teóricos dedicaram o seu trabalho à tentativa da compreensão da identidade de género. John Money, foi o primeiro sexólogo especializado na investigação sobre a identidade sexual que introduziu em 1955 a distinção terminológica entre o género como um papel social e o sexo biológico. Para o autor o papel sexual consagra a forma como os indivíduos se comportam entre os pares, avaliando as preferências espontâneas dos sujeitos e as respostas latentes às suas fantasias. O papel de género é considerado predestinado na medida em que o sexo definido à nascença seria preditivo do tipo de comportamento expectável e socialmente estimado. Contudo, a conduta de John Money, determina que este papel não deveria apenas ser refletido pelo status alusivo à posição social que o indivíduo poderá apreender na sua cultura, mas também pelo reconhecimento pessoal que é condicionado pelos conceitos sociológicos impostos, que deveriam, em última instância, ser reformulados de forma a alcançar mudanças na epistemologia de género do senso comum, (Money and Ehrhart, 1972). Desta forma, Money (1972), considera que a identidade de género poderia ter um enquadramento fluído na medida em que o período crítico do desenvolvimento infantil seria inevitavelmente determinado pela realidade envolvente impressa no meio em que a criança se insere, sendo que a aquisição da identidade de género seria também uma aprendizagem social, através da interação com o meio e da internalização da dinâmica parental. Assim sendo, a compreensão dos respetivos papéis de género concebidos socialmente é adquirida pela observação do casal (ou pela figura parental responsável, no caso de famílias monoparentais por exemplo), enquanto representação da primeira referência de género infantil, (Money, et al. (1957).

Este seguimento promoveu a retoma do diálogo entre a cultura e a natureza, o inato e o adquirido, dispondo a expansão do significado de fenómenos que apresentavam uma discordância entre si. Desta forma, Harry Benjamin, é considerado uma das principais referências na teorização do transexualismo, com o apoio de estudos genéticos no âmbito da medicina realizados no século XX. Estes estudos propõem a inadequação da segregação de género com base na determinação do sexo. Para Benjamin, o sexo é composto por vários componentes, tornando-se desta forma, falaciosa a atribuição binária do género. Para o autor a origem do desejo de

mudança de sexo ultrapassa os aspetos psicológicos, criando uma associação direta com o motivo biológico subjacente à própria fisionomia do sujeito, genética ou endócrina, (Ara et al., 2009).

Do ponto de vista dinâmico e de acordo com Robert Stoller (2020), a definição de transexualismo, baseia-se essencialmente em três aspetos fundamentais: o primeiro definido pela crença numa identidade permanente; no caso do transexual masculino, uma relação com o órgão genital masculino vivida com terror e, por último, uma relação simbiótica com a mãe, sendo que esta relação não é considerada pelo autor como “psicótica”, devido à capacidade integrativa do indivíduo que permanece intacta e demonstra uma organização da estrutura psíquica adequada, ao contrário do que postula a análise da psicanálise lacaniana, (Ara et al., 2009).

Já Margaret Rosario (2006), através do estudo longitudinal realizado em Nova Iorque, parte do pressuposto que os indivíduos procuram o equilíbrio a partir da tensão psicológica das incongruências ao utilizar a estimulação caótica proveniente do meio, entre o comportamento, a cognição e os afetos. Desta forma, a autora teoriza que o comportamento e os afetos orientados para o mesmo sexo podem induzir o indivíduo a adotar uma identidade homossexual, enquanto as incongruências sentidas entre, por exemplo, a identidade heterossexual e comportamentos homossexuais são encaradas como um estado de transição para eliminar a dissonância entre o comportamento e a identidade, (Almeida and Carvalheira, 2007).

Judith Butler, autora de “Gender Trouble”, explora neste livro as várias facetas do género, oferecendo uma visão ampla sobre os diversos contributos empíricos relativos à compreensão do género na vertente da psicologia social. Butler (2002), referencia Foucault, que por sua vez, reformula o conceito de “genealogia” de Nietzasche, postulando que a tarefa final da investigação sobre o género é a descentração das instituições definidores das categorias atribuídas e que a análise relacional do género estabelece uma noção significativa problemática e redutora. “A gente não nasce mulher torna-se numa.” é a frase eleita pela autora, que cita Simone de Beauvoir, para compor a crítica da linguagem que orbita a formação discursiva da representação do feminino, sendo que nesta referência não existe uma predeterminação de que o corpo sexuado que se torna “mulher” tenha necessariamente que ser “fêmea”, visto que o corpo é uma situação regido por significados culturais segundo a autora. A elaboração da tese de Judith centra-se, entre muitos aspetos, na política representacional que, sendo a estrutura jurídica da linguagem e da política, constitui o campo contemporâneo do poder e deveria facilitar a emancipação do feminismo. O feminismo por sua vez, critica o sistema de dominação masculino que usa como eixo os traços de género diferenciados e classistas para justificar a sua

prevalência. Segundo a autora, o gênero e o seu significado imobilizado na atualidade, sugere uma descontinuidade entre os corpos sexuados e o gênero construído socialmente. Assumir um sistema binário é desta forma, assumir a relação restrita entre o gênero e o sexo, que se deveriam refletir mutuamente, enquanto esta premissa é radicalmente desconstruída por diversos teóricos quando postulam que o gênero é independente do sexo. O meio discursivo pelo qual é interpretada a natureza sexuada e o “sexo natural”, é considerado pela autora como um princípio anterior à cultura, ou seja, um espaço neutro sobre o qual a cultura age. Desta forma, o gênero não é considerado um atributo puramente individual visto que é construído em relação, através de uma personalidade universal, (Butler, J. 2003).

A referência a Freud, como um dos autores basilares na construção do conhecimento psicanalítico é inevitável neste estudo devido à sua pertinência na inauguração do discurso dissociativo da sexualidade. O seu contributo analítico semeou caminho preliminar e exploratório às concepções atuais sobre o gênero através da elaboração teórica do dualismo pulsional e por conseguinte, o princípio do prazer e o princípio da realidade, conceitos que irei explicitar seguidamente para fundamentar o argumento precursor da perspetiva contemporânea sobre a identidade de gênero.

Segundo o autor, o princípio do prazer opera sob a resistência do ego consciente e inconsciente na tentativa de evitar o desprazer que seria produzido pela liberação do conteúdo reprimido. Desta forma procuramos tolerar o sofrimento de forma a prestar tributo ao princípio do prazer, que por sua vez coage com o princípio da inércia e por consequência com o princípio da constância, cuja conjugação é descrita pelo autor como a urgência de conservar o estímulo proveniente do exterior e de o manter numa magnitude acessível ao nosso domínio. Assim sendo, ainda que a tendência à compulsão represente uma inevitabilidade que obedece ao funcionamento psíquico mais arcaico associado à rutura das camadas protetoras da psique, nesta continua a vigorar a função primordial de preservação do ego. Ou seja, a tendência para repetir situações que outrora causaram desprazer, é agora vivida de forma a ganhar domínio sobre o respetivo estímulo, num ato de concertar os mecanismos que falharam em proteger o indivíduo e desta forma, obter a satisfação final da inibição do desprazer pela retoma do controlo adquirido através da ação propositada, que corrobora com o objetivo máximo da pulsão, o regresso ao estado inorgânico do ser, a anulação da excitação que antecede a formação do psiquismo (pulsão de morte). Contudo, e contraditando este argumento, o autor determina na sua teoria o dualismo imperativo entre a pulsão de morte e a pulsão de vida, que se opõe à retoma do inanimado através da evocação das atividades sexuais, que visam o acréscimo da estimulação e a descarga da excitação, revelando as exigências da libido. Esta contradição é justificada no livro

“Além do Princípio do prazer”, pela emergência de duas forças opostas que existem para regular o estado de permanência do estímulo, mas que em última instância, aspiram recuperar o estado anterior do ser, ou seja, o estado antecedente à criação do princípio do prazer. No entanto, a pulsão de autoconservação, que surge de forma secundária, culmina na preservação da vida, (Freud and Hubback, 2020).

Antes de chegar às conclusões descritas anteriormente, Freud, redigiu diversas vezes a sua tese de forma a elaborar uma linha de pensamento concisa, fiável, cujas concepções sofreram inevitavelmente alterações consoante a descoberta de novos fenómenos psíquicos inerentes às motivações elementares dos indivíduos. Após a redação do livro “Além do Princípio do Prazer” (1920), Freud, debruçou-se na sua própria teoria de forma a alinhar o significado das concepções apresentadas e as contradições subsequentes.

As ideias relatadas são posteriores à obra “Três Ensaios sobre a Teoria da sexualidade” (1905), obra que postulou a proposta do desenvolvimento sexual. Contudo, os conceitos enunciados, que já estariam esboçados nas obras anteriores, foram apenas elucidados em primeiro lugar na introdução ao autor dentro do presente enquadramento teórico, para contextualizar a sua doutrina nuclear. Assim sendo, a compreensão do seu argumento psicosexual torna-se mais facilmente legível através da apreensão conceptual da libido e a respetiva associação à pulsão de vida. Neste seguimento, o recurso à bissexualidade nos “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, propõe a designação do corpo sexuado enquanto feminino ou masculino consoante as suas características sexuais, contudo, a existência de anomalias, (no caso da pessoa hermafrodita), no desenvolvimento destas características anatómicas pressupôs uma predisposição para a bissexualidade que não se traduziu no hermafroditismo psíquico. Desta forma foi possível concluir que os traços da androginia psíquica não estão intimamente ligados à androginia anatómica, (Freud, 2016).

Freud (2016), designa como invertidos os indivíduos que estabelecem uma inversão da orientação sexual, contudo apesar de considerar uma predisposição sexual na inversão, propõe que esta existe para além da configuração anatómica. A constituição da bissexualidade determina assim um objeto sexual divergente da norma, contudo, a explicação do comportamento sexual normativo requer uma avaliação de diversos fatores de natureza constitucional e acidental. A bissexualidade é assim apresentada com a premissa de que o indivíduo, em termos anatómicos, não é nem totalmente macho ou fêmea, apenas as células reprodutivas são unívocas: ovulo e espermatozoide, (Silva and Folberg, 2008). Segundo a sua teoria (Freud, 2006), os invertidos teriam o domínio de constituições arcaicas e mecanismos psíquicos primitivos, distinguindo dois tipos de inversão: o homoerótico no sujeito, que denomina um indivíduo que

se sente e se identifica com o género oposto e o homoerótico no objeto que denomina o indivíduo cuja orientação sexual é correspondente ao seu sexo. Contudo, a investigação até então, demonstrara que a ligação estabelecida entre o instinto sexual e o objeto sexual não deveria ser reconhecida com a respetiva proximidade atribuída - já que o instinto sexual pode ser visto como independente do objeto, visto que a natureza do instinto permite uma variação relativamente ao objeto, o que diminui a relevância do mesmo. Ou seja, a incidência de desvios sexuais considerados “bizarros” pela sua estranheza, que do ponto de vista social representa uma falha na adequação do objeto, pode representar a sobreposição do social e das relações primárias enquanto fator primordial na apreensão do objeto e não como um determinante inato ou biológico da escolha do objeto. Através desta teoria é possível postular que a experiência da primeira fonte erógena, o seio, associa o prazer à ingestão do alimento e por consequência, a criança vai considerar o seio como uma extensão de si mesmo. Apenas quando esta é capaz considerar o objeto fonte da sua satisfação na totalidade, como objeto com as suas necessidades, é que direciona o instinto sexual para si mesmo por meio autoerótico. Assim sendo, o instinto sexual é apenas redirecionado para uma relação original após o estágio de latência, após a individualização, (Freud, 2016), não existindo diferença real entre a conceptualização do masculino e do feminino até à puberdade devido à sua falta de organização em relação ao Complexo de Édipo, (Silva and Folberg, 2008). Assim sendo, o desenvolvimento psicosexual do sujeito na formação da sua identidade e no estabelecimento do género, é composto pelo desenrolar de complexos que redigem a atribuição do objeto. No entanto, o chamado “continente obscuro” da feminilidade de Freud, constata o carácter inacabado da exploração da sexualidade, devido à limitação da investigação destes temas na época, principalmente devido ao cariz oculto da sexualidade feminina (1972, p.152), que efetivamente enviesava a compreensão do género na integra.

O paradigma social e económico neoliberal revela-se como o modelo dominante da dinâmica contemporânea, este pilar da estrutura social apresenta-se como uma influência direta nas práticas quotidianas visto que dissemina uma lógica de produção industrial que estabelece uma maior acessibilidade ao conhecimento. A interseção destas duas dimensões, a moldura histórica e a psicologia afirmativa LGBT, revela uma introdução multicultural entre as décadas de investigação científica, ora pela transformação cultural do objeto de estudo exposto na narrativa que protagoniza a heterogeneidade, ora pela abordagem teórica queer envolvida que desafiou as taxonomias sexuais subjacentes, (Granzka, P. R, and Miles, J. R. 2016). Desta forma, segundo Hammack (2013), é possível percorrer pela cronologia histórica do desenvolvimento do paradigma LGBT as diferentes eras que demonstram a expansão do significado sexual: a era da patologização, a era da incorporação e por fim, a era da afirmação. A era da patologização

sugere que tudo o que se insira fora do espectro hétero-normativo é doença, decretando uma soberania moral que estabeleceu a diferenciação promiscua entre a conformidade social e a diversidade de gênero ou orientação sexual. Foi também possível constar nesta época as intervenções químicas de cariz conversacional e a constituição de uma designação fetichista e pervertida do acalmado desvio sexual. A era da incorporação, por sua vez, reconheceu a emancipação da comunidade LGB, contudo, contextualizou a sua existência por via da patologia, ou seja, continuou a submeter o indivíduo a uma categorização científica ortodoxa. Ainda que os movimentos progressistas protestassem a favor da sensibilização feminista, a tendência residia na separação emergente entre movimentos queer e politização dos direitos homossexuais. Com o crescimento da investigação neuropsicológica, o argumento empírico utilizado pela comunidade científica evidenciava agora a relevância da sociobiologia, discriminando o fator genético como uma dimensão imprescindível para a compreensão da fluidez sexual. Por fim, na era da afirmação contemporânea, é possível rever a celebração da diversidade LGBTQI+ com a retirada oficial do discurso patológico e a consolidação dos paradigmas liberais, ainda que seja efetivamente um trabalho em (des)construção. (Granzka, P. R, and Miles, J. R. 2016). A descrição destas respetivas épocas não apresenta uma consecutividade obrigatória, as práticas reacionárias são dispostas pelas três eras e persistem ainda em algumas abordagens terapêuticas modernas, no entanto já não estabelecem um modelo de crença dominante.

A análise histórica dos precedentes que instituíram uma cultura diversificada teve por base a compreensão da multiculturalidade da iniquidade racial descrita por Amar (2014) como um facilitador da violência sistémica inscrita nas disparidades económicas e nas diversas dimensões opressivas consequentes do capitalismo avançado. A lógica decorrente da inclusão das minorias estatísticas na investigação biomédica teve como objetivo proferir oportunidades ao sugerir a transformação progressiva da integração destes mesmos grupos, contudo e em oposição, o resultado culminou no destaque destas respetivas minorias como grupos de interesse, potenciais objetos de mercado. (Granzka, P. R, and Miles, J. R. 2016)

A INFLUÊNCIA DA TERAPIA NA AUTODETERMINAÇÃO DE GÊNERO

O acompanhamento terapêutico associado às questões de gênero, por norma, articula a respetiva intervenção psicológica com o diagnóstico prévio, seja este transsexualismo ou disforia de gênero, intervenções cirúrgicas ou terapia hormonal, (Gooren, 2005; Wierckx et al., 2011). Todavia, a relevância do diagnóstico psicológico no contexto da identidade de gênero, determina posições pouco homogêneas entre a comunidade científica, visto que sugere uma forma de categorização e patologização das pessoas trans, o que poderá criar efeitos nocivos e opostos à proposta inicial que tende a compreender e apoiar as causas LGBTQ, (Garner, 2014). Apesar da falta de concordância científica, os estudos indicam que o apelo a serviços de saúde psicológicos reduz efetivamente a depressão e o índice suicida na população trans, (De Cuyper et al., 2006; Fisk, 1973, 1978; Murad et al., 2010; Pauly, 1973). No entanto, recorrer a estes mesmos serviços não significa a materialização do conceito de “cura”, visto que a sua conceção não se aplica à expectativa terapêutica, antes legítima apenas uma noção leiga daquilo que seria socialmente estipulado como saudável. Na verdade, o progresso terapêutico supõe o restabelecimento do equilíbrio psíquico, ou seja, desvirtua a ideia de que o equilíbrio psíquico é linear ou, no caso das questões de identidade de gênero em específico, passível de estagnar num determinado estágio impermeável às incidências da discriminação social ou à rejeição, isolamento, etc. Neste sentido é necessário reforçar que o processo terapêutico ajuda a recuperar, criar ou descobrir recursos internos que auxiliem a regulação emocional e a autodeterminação, contudo, a não conformidade com um sistema binário que estabelece a maioria estatística populacional, implica o reconhecimento de uma certa alinação e supressão em relação a esta comunidade, visto que a falta de visibilidade ou compreensão destes temas resulta em resistência social à desconstrução daquilo que já é dominante, um conformismo internalizado por via do medo e oposição à mudança, (Tosh, J. 2016).

A taxa de tentativa de suicídio é consideravelmente alta na comunidade trans, a investigação indica uma percentagem de aproximadamente 40% de pessoas trans que tentam o suicídio antes de receberem apoio médico, (Goldblum et al., 2012; Haas, Rodgers and Herman, 2014; Reyes, 2014; Wermuth, 2015), chegando aos 60% quando o apoio médico é recusado (Haas, Rodgers and Herman, 2014). As terapias que refletem uma abordagem inclusiva relativamente

às questões de identidade de gênero e que se afastam da ideia de conversão contribuem drasticamente para amenizar o risco de suicídio, sendo que a análise de dados recolhidos demonstrou que este auxílio juntamente com o apoio familiar reduz até 93% a tentativa de suicídio na comunidade trans, sendo que o elemento terapêutico é um dos componentes mais importantes para minimizar a angústia, (Travers et al., 2012).

A abordagem terapêutica afirmativa é a vertente predileta no incentivo à autodeterminação de gênero, sendo que a promoção de aceitação interna é a fórmula regente deste tipo de intervenção psicológica. Segundo Menvielle e Tuerk's (2010), a intervenção infantil relativa à não conformidade de gênero, compõe diversas formas de ajudar a apoiar as crianças na construção de um espaço seguro que acolha as suas inseguranças para que seja possível advogar um desenvolvimento saudável e apelar ao bem-estar emocional. Visto que a intervenção na infância requer uma abordagem multidisciplinar, é necessário orientar igualmente os pais para uma educação afetiva e compreensiva, neste sentido, as terapias afirmativas também poderão fornecer grupos de partilha parental para que sejam expostas todas as dúvidas e para que sejam subsequentemente desmistificadas (Hill et al. 2010). Assim sendo, as terapias afirmativas especializadas na intervenção infantil propõem um modelo integrativo que visa a inclusão da diversidade entre culturas, géneros, prevenção da violência, compreensão da complexidade social envolta dos aspetos culturais e biológicos, bem como sensibilizar o discurso alusivo às diversas formas de opressão desta comunidade cuja raiz foi semeada pela transfobia e homofobia internalizada. O acompanhamento clínico de crianças de não-binárias visa obter uma aceitação do gênero com que a criança se identifica ao rejeitar o enquadramento do discurso patológico associado à referência da disforia de gênero como “doença mental”. (Tosh, J. 2016).

Neste seguimento, as terapias alusivas a pacientes trans e “gender nonconforming”, TGNC (“Transgender and gender nonconforming clients”) denotam uma abordagem afirmativa associada à determinação do gênero, com o intuito de repostar as barreiras sociais e desenvolver nos pacientes recursos/estratégias que lhes permita resistir à opressão ainda presente no paradigma sociocultural, (Singh, 2013; Singh and McKleroy, 2011). Estudos científicos qualitativos realizados no âmbito da experiência terapêutica em detrimento da promoção de saúde LGBT, alinham-se a esta cadência descritiva no sentido em que estudam a eficácia dos diferentes modelos analíticos postos em prática com esta comunidade. Assim sendo foi pertinente avaliar as intervenções mais plausíveis de ajudar ou prejudicar os pacientes, bem como as características do terapeuta percebidas pelo paciente que são vistas como qualidades, os resultados mais relevantes destes estudos indicaram a importância de o terapeuta ter conhecimento da comunidade LGBT e demonstraram que o apoio das terapias afirmativas era benéfico na intervenção

psicológica, as práticas adversas traduziam-se na patologização das questões LGBT. As características dos terapeutas enunciadas como fatores que promovem o bem-estar do paciente relacionam-se com as capacidades de estratégia e técnicas direcionadas à aplicação do conhecimento holístico da identidade LGBT no contexto clínico. (O’Shaughnessy, T., 2018).

Enquadramento linguístico das terapias afirmativas

A linguagem empregue nas terapias afirmativas para pacientes TGNC, baseia-se num conhecimento profundo das diferentes terminologias existentes que designam a expressão de género de cada indivíduo, sendo então necessário explorar a conceptualização dos termos para os compreender e, de seguida, poder aplicá-los em contexto clínico, com a legítima segurança e respeito ao paciente. Visto que a evolução deste glossário se encontra em constante expansão, é recomendado ao terapeuta questionar que tipo de prenomes e por que nome é que o paciente gostaria de ser evocado. Este aconselhamento constata a importância de reconhecer o paciente pela imagem que este quer efetivamente reivindicar, sendo também, não obstante, parte integrante da responsabilidade do terapeuta cooperar com o código deontológico pelo princípio das recomendações das boas práticas psicológicas adaptadas ao contexto LGBTQ (Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Queer) como linha de orientação à intervenção clínica. Segundo a atualização estabelecida em 2019 deste mesmo Código Deontológico disposto para a prática profissional da Ordem dos Psicólogos (OPP), é necessário contribuir para a promoção do bem-estar desta comunidade, ao recorrer a apoios, influenciar políticas locais e nacionais sobre os respetivos direitos e evidenciar a diversidade subjacente às questões de orientação sexual e identidade de género.

Segundo o Clinician’s Guide to Gender-Affirming Care (2018), a terapia de modelo afirmativo é irrevogavelmente centrada no paciente, o que significa que as orientações subjacentes à intervenção clínica, têm por base a autonomia e a autodeterminação do paciente. O primeiro requisito que é solicitado a todos os profissionais que adotem este modelo é a desconstrução da linguagem de género assimilada para um formato mais inclusivo, ou seja, usar expressões alusivas a todos os géneros ao invés de especificar e reforçar a ideia do masculino-feminino. Seguidamente, é importante expandir a moldura geocultural que contextualiza as diversas expressões e manifestações de género, para que em última instância seja possível dominar as diversas narrativas que representam a comunidade trans neste caso, mas de um modo mais alargado, a comunidade LGBTQI+. É recomendada a incorporação do princípio “sex-

positive” neste tipo de intervenção, visto ser fundamental abordar a sexualidade em todo o seu esplendor e não só em referência à dimensão subliminar da orientação sexual, mas também ao aspecto relacional implícito. Relativamente às abordagens psicodinâmicas que pressupõem um modelo de relação entre o paciente e o terapeuta, constata-se que o terapeuta deverá utilizar o espaço de análise como um espaço desprovido de contaminação exterior e para que seja possível oferecer a oportunidade ao paciente de autodescoberta sem julgamento à priori, é impreterível que o terapeuta se apresente sem preconceções de género que inviabilizem o progresso terapêutico.

O trabalho terapêutico com a comunidade trans tem por base uma abordagem diferencial do trauma, sendo importante identificar os sintomas associados, as repercussões da resposta emocional ao trauma, bem como os recursos e mecanismos utilizados face à violência dos incidentes passados. Assim, o terapeuta terá uma narrativa elaborada que irá permitir compreender e reconhecer quais as ferramentas que já foram utilizadas e que foram desenvolvidas pelo paciente e quais aquelas que estão por construir de forma a edificar uma estrutura resiliente (Singh, Hays e Watson, 2011).

O Processo de Transição

Segundo a investigação no campo da clínica psicanalítica, as transformações intrapsíquicas são inexoravelmente um processo de modificações qualitativas nas relações com os objetos externos e internos e as suas respetivas representações. A possibilidade de mudança durante o processo psicoterapêutico, põe em evidência defesas narcísicas associadas ao receio de elaboração das angústias de separação com os objetos outrora internalizados, ou seja, que compõem a constelação interna do indivíduo. O sujeito faz uma manutenção inconsciente dos seus objetos através da tendência à repetição e da fixação, entre outros mecanismos que ajudam a corroborar com a nostalgia do passado que assegura acima de tudo uma estrutura identitária, (por mais destruturada que seja). A individualização do indivíduo face à dependência infantil sugere a elaboração dos ganhos e das perdas a que estará sujeito e cujos alicerces de regulação da autoestima estão diretamente ligados com a capacidade de resposta objetal às expectativas ou necessidades do indivíduo quando criança. Desta forma, é possível constatar que as relações vividas como segurizantes, o desenvolvimento individualizado e a permeabilidade à mudança são dimensões pessoais que permanecem estritamente associadas ao investimento precoce.

Quando estas instâncias passam pela respetiva fase de maturação, observamos a vivência do desconhecido com curiosidade aliada ao prazer do conhecimento, porém, o contrário acontece quando este estágio de amadurecimento não ocorre e a mudança é percebida como aterrorizante e persecutória. (Alexandre. M, 1991)

A elaboração teórica do ambiente psicoterapêutico define o seu núcleo como o meio que envolve a psicoterapia, ou seja, o setting, o psicoterapeuta e o paciente. Esta caracterização transmite uma ideia sistémica, esquemática da essência da constituição terapêutica. Assim sendo, todos estes elementos referidos constroem a elaboração prévia do ambiente psicoterapêutico e permitem que exista efetivamente um ambiente propício para o respetivo processo relacional. O momento de transição constitui não apenas o primeiro reconhecimento analítico de uma mudança concreta face ao comportamento manifesto, mas acima de tudo constitui uma vontade de mudança e uma procura da mesma, o que é visível quando, através da procura de ajuda profissional, se reconhece a vontade de compreender e desconstruir. Neste sentido, o motor da mudança pode habitar no próprio desconforto advindo das circunstâncias de vida atual daquele determinado sujeito ou de uma vontade de desenvolvimento pessoal e descoberta, que pode ser alinhada a este mesmo desconforto. (António. A, 1991)

Conclusão

Após a respetiva revisão de literatura é possível ilustrar a necessidade de atenuar o impacto negativo das experiências de discriminação, bem como a complexidade sociocultural embutida nesta variante. O reconhecimento das comorbidades internalizadas pela comunidade LGBTQI+ desafia o envolvimento da opinião pública, bem como, a necessidade de agir, de sensibilizar e educar para que seja exequível o progresso, para que seja possível assegurar um espaço comum no qual a diversidade prevaleça e outras formas de ser sejam compreendidas.

A evolução do conhecimento científico e médico, especialmente no que concerne a endocrinologia e cirurgia plástica, permitiu a transformação do corpo, a revolução do fenómeno transexual. As práticas terapêuticas hormonais e cirúrgicas apresentam-se como alternativas de conceber o corpo à fusão imaginária, são acima de tudo uma ligação ao formato inconsciente da imagem que o indivíduo projeta sobre si mesmo e uma forma de discernir a sociedade moderna da inacessibilidade e inflexibilidade mutante do passado (Chiland, 2015).

Por sua vez, a evolução terapêutica, propõe a compreensão subjetiva da vivência intra e intersíquica de indivíduos não-binários, que traduz por um lado a reação às expectativas sociais e por outro os movimentos de identificação e oposição que se acomodam na infância, paralelamente, propõe uma reflexão sobre os fundamentos psicossociais e psicosexuais inerentes à experiência do transexualismo e do transgenderismo, na tentativa de manter um compromisso entre a exploração dos conflitos inconscientes e a abertura à possibilidade de transformação, em contexto clínico.

Referências

Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., ... & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The journal of sexual medicine*, 12(3), 756-763.

Almeida, J., & Carvalheira, A. A. (2007). Flutuações e diferenças de género no desenvolvimento da orientação sexual: Perspectivas teóricas. *Análise Psicológica*, 25(3), 343-350.

Amar, P. (2014). Represent and destroy: rationalizing violence in the new racial capitalism.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.

Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 14, 1141-1149.

Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807-815.

Barbisan, G. K., Moura, D. H., Lobato, M. I. R., & Da Rocha, N. S. (2020). Interpersonal Psychotherapy for Gender Dysphoria in a Transgender Woman. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 787-791.

Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. *Principles of transgender medicine and surgery*, 1, 185-208.

Bradfield, O. M. (2021). Sexual identity or religious freedom: could conversion therapy ever be morally permissible in limited urgent situations?. *Monash Bioethics Review*, 1-9.

Budge, S. L., & Moradi, B. (2018). Attending to gender in psychotherapy: Understanding and incorporating systems of power. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 2014-2027.

Budge, S. L., & Moradi, B. (2019). Gender identity. *Psychother. Relationsh. Work*, 2, 133.

Butler, J. (2002). *Gender trouble*. routledge.

Chang, S. C., & Singh, A. A. (2018). *A clinician's guide to gender-affirming care: Working with transgender and gender nonconforming clients*. New Harbinger Publications.

Chiland, C. (2005). *Exploring transsexualism*. London: Karnac.

Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Meyer-Bahlburg, H. F., Kessler, S. J., Schober, J. M., & Zucker, K. J. (2007). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *Journal of sex research*, 44(4), 370-379.

Franken, I., Costa, M., & Leon, A. D. (2020). Disforia de gênero: intervenções, saúde e bem-estar. In 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde–Actas (pp. 361-370). Edições ISPA.

Freud, S. (2016). Freud. *Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade. O Caso Dora* - Volume 6. Companhia das Letras.

Freud, S., & Hubback, C. J. M. (2020). *Beyond the Pleasure Principle*. Digireads.com Publishing.

Freud, S. (1925). Some psychological consequences of the anatomical distinction between the sexes. Strachey, trans. and ed, 19(253), 19.

Group, I. F. E. (2020). Statement on conversion therapy. *Journal of forensic and legal medicine*, 72, 101930.

Grzanka, P. R., & Miles, J. R. (2016). The problem with the phrase “intersecting identities”: LGBT affirmative therapy, intersectionality, and neoliberalism. *Sexuality Research and Social Policy*, 13(4), 371-389.

Haas, A. P., Rodgers, P. L., & Herman, J. L. (2014). Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults. *work*, 50, 59.

Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of sex & marital therapy*, 36(1), 6-23.

Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man And Woman, Boy And Girl*. JASON ARONSON INC. PUBLISHERS.

Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1957). Imprinting and the establishment of gender role. *AMA Archives of Neurology & Psychiatry*, 77(3), 333-336.

O'Shaughnessy, T., & Speir, Z. (2018). The state of LGBQ affirmative therapy clinical research: A mixed-methods systematic synthesis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 82.

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*.

Silva, D. Q. D., & Folberg, M. N. (2008). De Freud a Lacan: as ideias sobre a feminilidade e a sexualidade feminina. *Estudos de psicanálise*, (31), 50-59.

Singh, A. A. (2017). Affirmative counseling with transgender and gender nonconforming clients.

Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. S. (2011). Strength in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling & Development*, 89(1), 20-27.

Singh, A. A. (2013). Transgender youth of color and resilience: Negotiating oppression and finding support. *Sex roles*, 68(11), 690-702.

Sociedade Portuguesa De Psicologia Infantil. (1991). Seminário Técnicas Expressivas Na Consulta Psicológica Infantil (1st ed.). Cosmos.

Stoller, R. J. (2020). Sex and gender: The development of masculinity and femininity. Routledge.

Tosh, J. (2016). Psychology and gender dysphoria: Feminist and transgender perspectives. Routledge.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. Routledge.

ARTIGO EMPÍRICO

Resumo

O presente estudo dedica-se à compreensão da influência do processo psicoterapêutico na emancipação social transgênero. A entrevista semiestruturada foi utilizada no sentido de protagonizar a fenomenologia do conteúdo expresso e, desta forma, determinar a existência de um padrão de intervenção que coincida com a assistência às necessidades base das pessoas trans no contexto psicoterapêutico, comparecendo em paralelo uma reflexão sobre a abordagem utilizada pelos respectivos psicólogos clínicos e as entidades alusivas, na promoção do bem-estar psicológico da comunidade LGBT. Neste sentido foram entrevistados quatro psicólogos clínicos especializados em sexologia.

Resultados: as problemáticas mais relevantes que foram destacadas na estruturação da entrevista relacionam-se com: a identificação das etapas percorridas no processo terapêutico, através do delineamento da abordagem clínica utilizada pelo respectivo profissional entrevistado, em associação à formação de um lugar comum entre as diversas vertentes de intervenção possíveis, bem como pelo reconhecimento dos diagnósticos prominentes relacionados à apropriação do gênero; a compreensão da relação terapêutica a nível dos processos de transferência e contratransferência sobre efeito da inevitabilidade de uma realidade de gênero atual prezada como binária e circunscrita não só ao meio que serve de contexto e pertença cultural, como ao próprio indivíduo que assimila inconscientemente as formatações apresentadas, podendo tornar o terapeuta suscetível ao desenvolvimento de uma função refletora das próprias resistências sociais e, por fim, a exploração dos desafios clínicos vigentes que incentivam uma reflexão sobre a autodeterminação da identidade de gênero e um trabalho de introdução à desconstrução da sexualidade a par com a consciencialização e sensibilização social deste tema.

Em suma, após a exploração dos tópicos anteriormente descritos, é possível observar que a psicoterapia introduz a possibilidade de desenvolvimento de ferramentas essenciais para a proclamação afirmativa da identidade, contudo, a escassez de formação académica especializada e os desafios sistémicos envolventes à própria visibilidade do tema, dificultam a criação de pontes informativas entre o indivíduo trans e a comunidade.

Palavras-Chave: Identidade de gênero; Inclusão social LGBT; Autodeterminação de gênero; Processo psicoterapêutico; Transgênero; Relação terapêutica; Disforia de Género.

Abstract

This study is dedicated to understand the influence of the psychotherapeutic process on transgender social acceptance. The semi-structured interview was used as an assessment instrument, in order to lead the phenomenology of the expressed content and thus determine the existence of an intervention pattern that coincides with the assistance to the basic needs of trans people in the psychotherapeutic context, with a parallel reflection on the approach used by the respective clinical psychologists and allusive entities in promoting the psychological well-being of the LGBT community. In order to answer these questions, four psychologist specialized in sexology were interviewed.

Results: the most relevant issues that were highlighted in the structuring of the interview are related to: the identification of the steps taken in the therapeutic process, through the outlining of the clinical approach used by the respective professional interviewed, in association with the formation of a common place between the different aspects of possible intervention, as well as the recognition of prominent diagnoses related to gender appropriation; the understanding of the therapeutic relationship at the level of transference and countertransference processes on the effect of the inevitability of a current gender reality valued as binary and circumscribed not only to the environment that serves as context and cultural belonging, but also to the individual who unconsciously assimilates the presented formats, which can make the therapist susceptible to the development of a reflective function of their own social resistances; finally, the exploration of the current clinical challenges that submit a reflection on the self-determination of gender identity and an introductory work to the deconstruction of sexuality together with the awareness and social awareness of this issue.

In short, after exploring the topics described above, it is possible to observe that psychotherapy introduces the possibility of developing essential tools for the affirmative proclamation of identity, however, the lack of specialized academic training and the systemic challenges surrounding the very visibility of the theme, hinder the creation of informational bridges between the trans individual and the community.

KeyWords: Gender identity; LGBT social inclusion; Gender self-determination; Psychotherapeutic process; Transgender; Therapeutic relationship; Gender Dysphoria.

Introdução

A psicologia afirmativa LGBT, revela uma introdução multicultural entre as décadas de investigação científica, ora pela transformação cultural do objeto de estudo exposto na narrativa que protagoniza a heterogeneidade, ora pela abordagem teórica queer envolvida, que desafiou as taxonomias sexuais subjacentes. Com base nesta moldura histórica, é possível compreender o desenvolvimento dos processos terapêuticos que contribuíram para a inclusão da comunidade LGBTQ+. O conhecimento decorrente da expansão do significado da sexualidade na sua génese, visa a internalização da terminologia adequada ao grupo/indivíduo, que em última instância é transversal ao contexto clínico. A criação recursos viáveis para indivíduos que apresentam uma incongruência identitária associada às características primárias do sexo atribuído à nascerça (disforia de género), é um exemplo prático das problemáticas que emergem em consultório (Fraser, L. 2009).

Do ponto de vista evolutivo, a disforia de género apresenta uma enorme panóplia de fatores psicológicos que estão intimamente associados ao sistema de crenças presente numa determinada cultura, sendo um conflito interno representativo da projeção de expectativas impostas pela vertente sociocultural do meio onde o sujeito se insere. É possível testemunhar a estigmatização desta temática através do passo lento da mudança histórica que nos dias de hoje, em determinados países, ainda compromete a própria legitimação médico-legal relativa à possibilidade de realização cirúrgica da transição de género, que necessita de uma aprovação por uma entidade competente, presenteando uma forma de apropriação corporal do indivíduo (Hughto, J. M et.al 2018). Este caso não se aplica a Portugal desde 2018, segunda a lei nº38 que postula o direito à autodeterminação da identidade de género, direito este que legitima a proteção das características sexuais de cada pessoa e que foi incitado pelo projeto de lei nº242/XIII/1ª (Decreto Lei no 38/2018 de 7 de agosto da Assembleia da República, 2018). Este projeto entrou em vigor através da exposição da definição de género pelo grupo parlamentar Bloco de Esquerda que alega que “A definição de género de uma pessoa vai muito além da apreciação visual dos seus órgãos genitais externos no momento do nascimento e não é um conceito puramente biológico, mas sobretudo, psicossocial”, proclamando desta forma a declaração universal dos direitos humanos, bem como a invocação do principio da igualdade estabelecido na constituição da república portuguesa. O grupo parlamentar PAN (Partido dos Animais e da Natureza), reconheceu igualmente a necessidade de despatologizar a perturbação da identidade de género de

modo a converter o tratamento da diversidade como uma questão determinante para os direitos humanos, sendo também um grupo ativo na legitimação deste procedimento (Guerra, J. R. V. 2017). Desta forma, as burocracias subjacentes ao processo de transição deixam de supor a imposição da validação legal externa, deixando de constituir uma forma de opressão perante a expressão de identidade e vontade pessoal e passando a sustentar-se na liberdade do indivíduo para atuar perante as suas escolhas (Saleiro, 2013; Moleiro, 2016).

Ainda assim, a passagem de género é um processo que submete o indivíduo a diversos graus de exigência, devido à estranheza impressa na revelação deste mesmo tema. A conscientização relativa às questões da sexualidade tem vindo gradualmente a trespassar a perceção ortodoxa referente ao género, contudo, a novidade que principia este tema, apresenta-se como um fenómeno que, por ser prematuro, é alvo de desencontro face ao tempo. É necessário que a poeira do motim assente em terra firme para que a visão deixe de ser turva, isto é, é necessário criar espaço para elaborar a informação e o conhecimento, de forma a ser possível aprender a compreender o que é estrangeiro ou diferente. Neste seguimento, é possível constatar a controvérsia decorrente da influência dos dogmas sociais estereotipados que reivindicam, ainda hoje, o que é certo ou errado, normal ou patológico, numa constante procura pelas dicotomias que tentam organizar e categorizar a complexidade envolta de uma vida. Assim sendo, surge a questão: como é vivida a adaptação social, relacional e interna das pessoas cuja identidade de género não é heterodoxa e em que medida é que o processo psicoterapêutico influencia a transição e aceitação social transgénero?

Método

Participantes

A presente investigação contemplou uma amostragem não-probabilística recolhida através do método *snowball*, introduzido por Coleman (1958) e Goodman (1961), também referido como método de cadeia de referências (Dewes, 2013). O método consiste na seleção de indivíduos em conformidade com os critérios elegidos na formulação da população-alvo e através dos mesmos, proceder ao pedido de referenciação de potenciais contactos que se demonstrem igualmente compatíveis com os termos da amostra (Dewes, 2013). O fator que promoveu a escolha desta amostra em particular, derivou da inacessibilidade das associações contactas na receptividade para colaborar com a investigação. A indisponibilidade reputada foi justificada pela incidência dos tempos atípicos causados pela pandemia provocada pelo vírus Covid-19, que dificultou o acesso à amostra pretendida. Assim sendo, este estilo de amostragem permitiu identificar as populações menos conhecidas através de contactos viáveis (Coleman, 1958; Goodman, 1961; Spreen, 1992).

A recolha da amostra foi realizada por meio digital, visto que a metodologia qualitativa utilizada implicou a gravação de entrevistas conduzidas através da plataforma online Zoom. O contacto com os participantes requereu a pesquisa direcionada a associações LGBTQI+, como foi o caso da Casa-Quei e da Ilga Portugal. Neste sentido, foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde de forma a coletar informações sobre as questões centrais definidas à priori no guião semiestruturado das entrevistas (Klassen, et al., 2012).

Os critérios de seleção excluíram a restrição de idade, os anos de experiência profissional e o modelo de referência do(a) psicólogo(a), uma vez que não são considerados fatores pertinentes para a efetivação da presente investigação. Porém, os critérios nomeados compreendem a respetiva formação em psicologia clínica e o acompanhamento clínico de pessoas trans, bem como a prática da atividade profissional inserida no paradigma sociocultural português.

Instrumentos

Consentimento Informado

Previamente a cada entrevista foi apresentado a cada participante o consentimento informado. Foi esclarecida a natureza e o âmbito da investigação, os seus objetivos, bem como a duração prevista da entrevista. Foi garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos. Por fim, foi estabelecido um contacto para qualquer dúvida que pudesse surgir e, caso fosse a vontade do participante assinar o documento, ficaria apto automaticamente para iniciar a aplicação do protocolo.

Guião de Entrevista Semiestruturada

Foi construído um guião semiestruturado que teve como objetivo explorar a experiência subjetiva do psicólogo clínico no acompanhamento da comunidade trans de forma a compreender a visão analítica do profissional de saúde em relação à transição do paciente e à forma como é experienciada a terapia consoante as dimensões de análise: abordagem clínica, relação terapêutica e aceitação social.

Procedimento

O número de participantes deste estudo compõe uma amostra total de 4 psicólogos clínicos especializados no acompanhamento LGBTQI+. A aquisição da amostra foi realizada através de uma procura específica de profissionais de saúde associados a sociedades LGBTQI+. Devido à escassa disponibilidade da amostra pretendida, foi utilizada uma análise de discurso aprofundada, de forma a recolher dados significativos nas entrevistas (Leal, 2004).

O primeiro contacto estabelecido foi efetuado com a Associação ILGA Portugal (Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo), cujo programa redige a integração social da população LGBT através da luta contra a discriminação da expressão sexual, orientação sexual e identidade de género. O segundo contacto foi com a Associação Casa-Quei, uma associação de solidariedade social especializada nas questões de género e orientação sexual. As restantes referências profissionais foram estabelecidas através de contactos diretos advindos de websites relacionados com o tópico.

Antes da entrevista, foi entregue a cada participante o documento concernente ao consentimento informado de forma a reunir as condições necessárias para prosseguir. Após a devida legitimação da entrevista e após a explicação detalhada do objetivo da investigação, foram sequencialmente apresentados os seguintes subtemas: a abordagem clínica, a relação Terapêutica e a aceitação Social para estruturar devidamente o fluxo da entrevista. Assim sendo e após a transcrição das entrevistas foi realizada uma análise de conteúdo, organizada em tabelas de categorias previamente elaboradas.

Neste estudo em específico, a recolha dos dados é efetuada através da transcrição das entrevistas. Após a transcrição das mesmas é realizada uma codificação temática do conteúdo, que sugere a categorização e o agrupamento da informação relevante consoante as dimensões aferidas previamente no guião semiestruturado das entrevistas, ou seja, através da designação dos blocos de avaliação, que respetivamente indicam os objetivos específicos a analisar, tanto perante a unidade de registo, como na unidade de contexto. Por sua vez, as categorias que foram codificadas vão sintetizar as características fundamentais da observação (Queiroz, 2004). Assim que este processo foi devidamente estruturado, procedeu-se à contextualização e interpretação dos temas (Belchior, 2003).

As questões de investigação propostas neste estudo tiveram como objetivo conhecer quais são as práticas utilizadas em contexto clínico para promover a emancipação social transgénero, explorar a abordagem psicológica destinada ao reconhecimento dos desafios dispostos pela disforia de género, bem como, para compreender o percurso terapêutico que visa o estabelecimento do equilíbrio psíquico dos pacientes que pretendem assumir a sua identidade de género.

Análise de Dados:

De forma a explorar a natureza do processo terapêutico e as suas implicações futuras com a comunidade trans, este estudo viabiliza a compreensão da intervenção clínica adequada às necessidades da população em causa, através do olhar crítico dos profissionais entrevistados. Foi utilizada uma análise fenomenológica exploratória através de entrevistas qualitativas, de modo a codificar o conteúdo expresso pelos psicólogos. A análise de dados escolhida compromete-se a averiguar detalhadamente a experiência vivida pela amostra selecionada e tem como finalidade conduzir a avaliação conforme as dimensões categorizadas à priori, sem que estas condicionem a expressão das ideias manifestadas pelos entrevistados (Larkin et al, 2006).

A amostra, como foi descrito anteriormente, é composta por profissionais de saúde, mais especificamente, psicólogos clínicos com formação em sexologia ou acompanhamento de longo-médio prazo com pessoas trans. O tema proposto é o seguinte: Que influência tem a psicoterapia na emancipação social transgénero?

A metodologia fenomenológica, segundo Moustakas (1994), é o método mais adequado para analisar qualitativamente as experiências dos indivíduos ao propor questões de investigação que permitirão compreender as vivências dos participantes através de uma entrevista semi-estruturada. Este método permite a compreensão dos fenómenos relacionais e sociais, ao respeitar as particularidades significativas dos eventos da vida real (Yin, 2001). Desta forma, a abordagem escolhida, permite recolher informações minuciosas a um nível diversificado, sem almejar generalizações ou pressupostos infundados (Creswell, 2011). A investigação fenomenológica poderá partir de um ponto de vista pré-reflexivo através de princípios basilares teoricamente fundamentados, que determinam o objeto de estudo com a finalidade de explorar um determinado fenómeno refletido como pertinente (Stake, 1995). À luz do pensamento de Heidegger, a pesquisa fenomenológica é um processo interpretativo que está aliado, desde início, com um compromisso ideográfico que situa os participantes em contextos particulares, (no caso da investigação em estudo, em contexto laboral) e explora as suas perspetivas pessoais (Smith et al., 2009).

É apurado pela comunidade científica, que a busca pela legitimidade empírica é consolidada no rigor empregue pelas diversas etapas de investigação, sendo desta forma indispensável que as preocupações teóricas na composição de pressupostos ontológicos e epistemológicos sejam cada vez mais aprofundadas, para que estas instâncias não percam validade científica (Wu, et al., 2016), neste sentido, o presente estudo ambiciona cumprir precisamente os princípios assinalados.

Resultados

Análise dos Dados da Entrevista

A análise global do conteúdo que se segue tem por base as tabelas de codificação das entrevistas inseridas nos anexos.

Abordagem Clínica

Esta primeira dimensão de análise transposta no guião da entrevista semiestruturada, procurou compreender qual o modelo clínico de referência empregue pelo respetivo psicólogo clínico entrevistado, quais as terapias mais indicadas para a comunidade LGBTQI+, quais os diagnósticos associados a pessoas trans, qual a probabilidade de conjugação da terapia individual com terapia sistémica, qual a perspetiva sobre a proeminência do diagnóstico de disforia de género, compreender a patologização do transgênderismo e, por fim, quais os objetivos terapêuticos.

A formação académica do **primeiro entrevistado** tem por base o modelo cognitivo-comportamental, contudo, o mesmo revela estar numa fase de exploração relativamente à vertente interventiva que utiliza, visto ter detetado interesse nos modelos dinâmicos ao longo dos anos de experiência clínica, devido ao pragmatismo do modelo cognitivo que carece de um espaço relacional promotor da reflexão sobre a intimidade, sobre a profundidade das relações pessoais e sobre a forma como o indivíduo projeta a sua imagem nas mesmas. As terapias que considera mais adequadas na intervenção LGBTQI+ são as terapias afirmativas, que pretendem afirmar a identidade do paciente e estimular a sua autodeterminação. No que concerne os diagnósticos associados à população trans, o entrevistado alega existir uma tendência para uma “sintomatologia depressiva e ansiosa”, sendo que grande parte das pessoas que procuram ajuda profissional numa fase de exploração identitária, apresentam muitas vezes um quadro clínico de disforia de género, contudo reforça que a pessoa trans não tem que ser diagnosticada necessariamente com disforia. Constata que ainda existe bastante patologização da identidade de género, princi-

palmente na dimensão social e em parte, entre profissionais de saúde. Porém sugere que a diversidade de género “deveria ser natural, é uma expressão da nossa diversidade, porque somos tão diferentes todos uns dos outros em tudo o resto...”.

Por fim, assinala que os objetivos terapêuticos mais relevantes a circunscrever em acompanhamento clínico, compõem o estabelecimento de um lugar seguro que acolha o autoconhecimento do paciente, um lugar que respeite a narrativa do sujeito e o seu significado latente. Diz ser necessário “retirar estas camadas do preconceito, do estigma, para a pessoa conseguir ter uma vivência positiva com aquilo que ela é”, neste sentido sublinha a relevância da psicoeducação para o desenvolvimento de uma identidade positiva, para que o paciente consiga interiorizar um discurso saudável e positivo sobre si mesmo.

A **segunda entrevistada**, tem formação de base em psicologia clínica e especialização no modelo de terapias afirmativas. Considera que este é o modelo mais indicado para o acompanhamento de pessoas LGBTQI+ visto colocar o foco terapêutico na discriminação externa, distanciando a identidade de género do indivíduo, das expectativas hétero-normativas dominantes. Defende que a terapia deve incentivar “a envolvimento do sistema em que a pessoa se insere”, consistindo desta forma num trabalho multidisciplinar que atribui a importância irrevogável na criação de redes de apoio aceitantes e segurizantes. Relativamente aos diagnósticos associados, a psicóloga afirma que a depressão e a ansiedade são os quadros clínicos que surgem com mais frequência, contudo é possível identificar inúmeros casos de ideação suicida e toxicodependência em pessoas LGBTQI+. Ainda assim declara que “o único diagnóstico que pode existir é a disforia de género, ser trans não é um diagnóstico.”, salientando que este diagnóstico diferencial permite o acesso a cuidados de saúde necessários para que o paciente possa adequar o corpo à sua identidade. Argumenta que a patologia destes casos está diretamente relacionada com as práticas imorais das terapias de conversão e que neste sentido, é necessário desconstruir a homofobia, a transfobia e bifobia internalizada. A criação de objetivos terapêuticos vai ao encontro desta mesma desconstrução, a psicóloga afirma ser necessário criar “um discurso positivo, uma narrativa positiva” visto que a pessoa “é válida sendo quem é e não precisa de mudar nada porque não há nada para mudar.” e desta forma propõe o “orgulho em oposição à vergonha”, sendo este um trabalho que considera ser fundamental.

A **terceira entrevistada** tem formação académica em psicologia clínica na vertente cognitiva-comportamental, especializou-se em sexologia e clínica de terapia sexual. Hoje em dia aplica o modelo de terapias afirmativas e o modelo de “coming-out”, como referência de trabalho com pessoas LGBTQI+. Considera que a apresentação dos motivos de consulta são muitas vezes introduções aos sintomas que se distanciam da dimensão sexual enunciada e revelam uma carga latente muito mais densa e complexa. Neste seguimento, observa que muitos dos diagnósticos diferenciam as temáticas de identidade de género das restantes comorbidades psicológicas. Enuncia também a importância de integrar a família no processo terapêutico se existir vontade de colaboração. E, por um lado, confessa que a sua experiência profissional com a associação ILGA Portugal permitiu que as suas experiências de integração familiar fossem mais positivas do que o expectável devido à conotação da própria associação com o meio LGBTQI+. Por outro lado, reflete sobre experiências mais complicadas em que identificou bastante resistência da parte familiar em “reconhecer a autodeterminação dos filhos” e nas quais se sentiu como um “bode-expiatório” para converter os filhos e normatizá-los, no entanto, afirma que por questões de ética: “não mudo orientações sexuais, não mudo identidades de género.”. Sugere que este processo é sobretudo um processo de descoberta e que os diagnósticos previamente realizados podem continuar a existir mesmo que a pessoa encontre “uma alteração da expressão de género que lhe permite ficar melhor”. No que respeita a noção da patologização da comunidade LGBTQI+, menciona o legado negro dos profissionais de saúde em detrimento da conceção de categorias mentais que justificassem a diversidade de género. Sugere que “a retirada da homossexualidade da lista de doenças, quer pela Associação da Psiquiatria, quer depois pela Organização Mundial de saúde” foi um passo muito importante para desconstruir o estigma em torno da identidade de género. E afirma que a conceção de objetivos terapêuticos no acompanhamento trans implica “promover a diversidade”, fazer psicoeducação e “criar o espaço terapêutico de segurança e de aceitação.”.

O **quarto entrevistado** tem formação académica em psicológica clínica na área psicodinâmica, tem especialização em sexologia e utiliza de forma complementar as terapias afirmativas na intervenção LGBTQI+. Indica que durante o seu desenvolvimento enquanto terapeuta na especialidade se deparou com “histórias de vida muito pesadas” e neste sentido os diagnósticos traduzem precisamente estas angústias, “histórias de depressão, de ansiedade, perturbações obsessivo-compulsivas, pessoas com marco historial de comportamento autolesivo”. O psicólogo difere dois tipos de pacientes na procura de ajuda profissional em relação às questões

de identidade de gênero, os pacientes que se apresentam numa fase exploratória e que muitas vezes apresentam questões a nível da identidade e não do gênero, sendo que nestes casos, o papel do psicólogo será ajudar a pessoa a construir-se. E as pessoas que vêm “iniciar o processo de transição e que estão num processo de diálogo interno há muitos anos”, com uma ideia mais definida do que são e o trabalho terapêutico passa por afirmar e validar esta emancipação. Assim sendo, a sua experiência dita que o momento de avaliação clínica permite “descartar determinados diagnósticos, como doença psicótica” e permite diferenciar os casos de disforia de gênero que são geralmente casos de pacientes “profundamente transfóbicos e, portanto, não se permitem pensar ou viver quem realmente são”.

O psicólogo menciona que o fenómeno de patologização tem a sua origem na construção social do gênero e que existe uma distorção dos comportamentos femininos e masculinos e até do próprio significado do transgênerismo para “alimentar uma narrativa” que estimula a normalização do indivíduo e a supressão da sua identidade. Neste sentido, transmite que, em termos de objetivos terapêuticos, o mais importante é proporcionar um espaço para que possam ser ouvidos, um espaço seguro em que possam “expressar e explorar tudo aquilo que têm a dizer e falar dos medos e dúvidas”. Afirma que o seu trabalho envolve “encontrarmos na relação terapêutica um novo modelo relacional”, envolve ajudar a estabelecer limites para os pacientes conseguirem estabilizar-se dentro das estruturas em que se inserem e “criarem um plano de vida”. Sugere que o trabalho terapêutico deveria abordar a questão familiar na medida em acha necessário desmistificar os medos e oferecer “técnicas para chegar à família sem serem demasiado expostos a reações excessivamente agressivas”.

Abordagem Clínica – Análise Integral

Apesar da divergência nas áreas de especialização clínica entre os entrevistados, existe unanimidade na indicação das terapias mais adequadas para intervenção clínica na comunidade LGBTQI+. A utilização de terapias afirmativas como modelo de referência na população trans é desta forma o método eleito e considerado mais benéfico para efeitos de autodeterminação de gênero.

Os diagnósticos associados pelos psicólogos sugerem que a população trans sofre de quadros clínicos de depressão e ansiedade que culminam frequentemente em comportamentos autolesivos, consumos excessivos e ideação suicida. Sendo que a identidade de gênero divergente da heteronormatividade não equivale a um diagnóstico. O único diagnóstico direto que é

possível introduzir à realidade da comunidade trans é o diagnóstico de disforia de gênero, que se apresenta, segundo os psicólogos, como uma repressão da própria condição existencial por consequência da imposição social dos papéis de gênero expectáveis, promovendo uma confusão identitária profundamente angustiante.

A patologização da identidade transgênero, é argumentada pelos participantes como uma consequência da transfobia internalizada em contexto sociocultural que formaliza a aniquilação das diferentes formas de expressão de gênero. São referidas as terapias de conversão que surgem em oposição à diversidade de gênero e a violência das constantes ameaças de um histórico profissional que propicia barreiras na adesão à terapia, pelo receio da exposição à rejeição identitária por parte do profissional de saúde ou pela identificação de uma autoridade que já se encarregou no passado de denominar e catalogar a identidade de gênero como uma doença mental. Renovar a imagem das boas práticas da psicologia faz parte do processo terapêutico através da desmistificação destes estigmas e das ideias pré-concebidas sobre o apoio das instituições de saúde, neste sentido os psicólogos entrevistados reforçam a relevância da psicoeducação que se apresenta como uma ferramenta útil para desconstruir a sexualidade e informar os pacientes sobre os serviços disponíveis.

A inclusão da família no processo terapêutico é vista pelos entrevistados como uma hipótese relevante, mas só é considerada viável caso exista disposição de ambas as partes, contudo, é necessário considerar a rejeição por parte desta estrutura, neste caso é transposto o investimento noutras redes de apoio que possam representar a “família dos afetos”. Relativamente aos objetivos terapêuticos comuns propostos pelos psicólogos, é possível descrever a necessidade de criar um espaço seguro e aceitante de todas as preocupações, medos e angústias, bem como, um espaço que ofereça a oportunidade de expressão pessoal e a entrega a um caminho da autodescoberta e afirmação.

Relação Terapêutica

A segunda dimensão de análise procurou compreender o estabelecimento da aliança terapêutica com a população trans, bem como, se ao longo do processo de terapêutico são observadas alterações na aliança ou resistência no processo de mudança. Esta dimensão também pretende estudar a incidência da transferência e contratransferência em contexto clínico.

O **primeiro entrevistado** refere que a sua experiência clínica o permitiu habituar-se à flutuação inevitável da relação terapêutica. Comenta não sentir algum tipo de interferência na aliança ao longo do processo, todavia, a única razão que poderá desestabilizar a mesma é a oposição do terapeuta face à autodeterminação do paciente, introduzindo conteúdo projetivo através do “juízo da identidade”, que impede o progresso terapêutico e o estabelecimento de confiança na relação. Acrescenta ainda a impossibilidade de criar aliança terapêutica se o profissional não demonstrar respeito desde a primeira interação com o paciente. Relativamente à resistência ao longo do processo de mudança, o entrevistado refere a preponderância do fator geracional como um elemento relevante para com a abertura à determinação dos papéis sociais e à rutura da imposição dos mesmos. Isto é, afirma que existe uma probabilidade mais favorável dos mais jovens aderirem ao processo de mudança, do que a população mais velha que cresceu com valores mais conservadores, reforçando a ideia dos papéis que são adquiridos ao longo da vida, tais como o papel paternal ou maternal que são efetivamente mais difíceis de reconfigurar. No que concerne a transferência e a contratransferência, o entrevistado sugere que a tomada de consciência dos processos de identificação em consulta é um exercício imprescindível para o bom funcionamento e as boas práticas deontológicas, sendo que “quanto mais íntima é a relação terapêutica, mais espaço existe para estes processos de contratransferência”, o que enfatiza a empatia da entrega do terapeuta ao nível de intimidade proposto, contudo, reforça a necessidade da manutenção de um espaço neutro, que não condicione a assimetria da relação.

A **segunda entrevistada** afirma a necessidade de respeitar o ritmo do paciente para o bom estabelecimento da aliança terapêutica. Acima de tudo, a aliança constrói-se com base na compreensão das necessidades do paciente e na validação das mesmas. Para o entrevistado, é necessário acolher a pessoa e adequar o discurso à sua forma de ser e de estar. Assim sendo, o processo de resistência só se aplica de forma significativa quando o paciente está numa fase embrionária do processo de transição ou de autodeterminação, visto que poderá ser mais evidente a transfobia internalizada e por consequência a repulsa na concretização desta passagem, visto ser “uma mudança muito grande a todos os níveis”. Contudo, a psicóloga alega que estes casos vêm em menor número, visto que esta ambivalência é menos recorrente em pessoas que recorrem aos serviços da ILGA Portugal – “as pessoas quando nos procuram já têm um grau de certeza sobre estas matérias”.

A **terceira entrevistada** introduz a ideia de exclusividade na implementação da relação terapêutica, no sentido em que todas as relações são “diferentes e únicas, são circunstanciais”. Para a psicóloga, a aliança terapêutica é baseada no respeito pelo paciente e pelo “cuidado da linguagem” que tem que ser ajustado com base nos pronomes corretos e no nome que a pessoa prefere ser referida. Desta forma existe um “policiamento” necessário por parte do terapeuta para que seja possível corresponder à forma como o paciente se define. Em termos de resistência, a entrevistada atenta à “herança” que todos os profissionais de saúde partilham na criação de categorizações patológicas, assim sendo, menciona que este fator poderá interferir na “colaboração da relação terapêutica”, visto poderem existir conceitos pré-definidos e expectativas subjacentes ao encontro terapêutico. A transferência e a contratransferência por sua vez, surge através da consciência de que “ninguém é neutro, ninguém nasce neutro” e que, portanto, existe a necessidade do terapeuta se autoavaliar e refletir sobre si mesmo para não influenciar o processo ou enviesar o mesmo.

O **quarto entrevistado** alude à relação terapêutica com a população trans como “relações que se estabelecem com uma intensidade fora do normal”, visto existir uma vulnerabilidade particular por parte desta comunidade que requer criar “um laço de confiança” mais precoce. Neste seguimento menciona ser indispensável “respeitar os ritmos e a autodeterminação” do paciente para estabelecer esta aliança. Expõe que as alterações da aliança ao longo do processo terapêutico, dependem do “grau de agressividade da pessoa” e que os desafios que se levantam passam, principalmente, pelo confronto com o processo de transição social. Deste modo, o confronto não é necessariamente direcionado ao terapeuta, exceto algumas exceções cujo entrevistado faz alusão - nomeadamente pacientes que após o processo de transição de género procuram um psicólogo/a que coincida com o género com o qual se definem para que seja mais acessível o movimento de identificação.

A resistência ao processo de mudança é justificada pelo entrevistado pelo medo inconsciente ou consciente do significado deste processo, pois este implica abdicar de uma parte da história destas pessoas. O medo é traduzido pelo risco de “perder amigos, medo porque vão perder família, medo porque se sentem inseguros”. Pode também existir uma visão deturpada do terapeuta por ser visto como um “obstáculo”, devido ao estigma associado à legitimação do “ser” através de um diagnóstico, ou pela associação à carga patológica.

A transferência e contratransferência não é uma preocupação por parte do psicólogo, visto que nunca criou uma “idealização ou uma imagem que muda a partir do momento em que eles começam a transitar”, ou seja, mesmo que a expressão de gênero altere, o psicólogo afirma que a sua preocupação é em que a pessoa esteja confortável com quem é e que nunca teve tendência para depositar as suas próprias expectativas nesta mudança ou na imagem que a pessoa projeta.

Relação Terapêutica - Análise Integral

A análise dos dados referente à relação terapêutica estabelecida em contexto clínico com a população trans, demonstrou que a aliança terapêutica consistente na criação de uma relação de confiança com o paciente, uma relação que compreende o ritmo de cada indivíduo, que respeita as suas necessidades e que se apresenta recetiva à forma de expressão do sujeito. Desta forma os entrevistados revelam existir uma intensidade particular no acompanhamento desta comunidade visto ser um grupo especialmente fragilizado que necessita de um elo de ligação capaz de depositar as suas angústias, acolher a sua identidade e validar aquilo que são sem censura externa.

As alterações na aliança clínica, são observadas com pouca ocorrência, visto que são raros os casos que se demonstram instáveis perante a relação terapêutica, contudo, existem três fatores relevantes que podem justificar a falta de flutuação da aliança: o primeiro é referente à colocação profissional dos três entrevistados que está associada a uma rede de apoio LGBTQ, o que determina o tipo de procura que o indivíduo realiza, à partida estará mais disponível para iniciar o processo terapêutico e poderá inclusivamente demonstrar-se mais colaborativo quando procura este tipo de associação. O segundo motivo prende-se com o grau de agressividade do indivíduo, que pode ou não, dificultar a adesão terapêutica e o terceiro motivo é a imparcialidade terapêutica, que irá permitir a formação de uma relação segura e estável.

A resistência por sua vez, segundo os entrevistados, irrompe a terapia por diversos fatores, sendo que o fator comum é a transfobia internalizada e os restantes motivos advêm como consequência da mesma. Salientou-se também: o fator geracional que incide sobre a abertura à mudança; a herança clínica que os profissionais de saúde carregam a pretexto da patologização e o receio da rutura com a conformidade, isto é, por mais que a circunstância de vida em que o paciente se apresenta em terapia seja possivelmente desconfortável e angustiante, abdicar da

rede de apoio e daquilo que é fundamentalmente familiar, acarreta uma transformação volumosa na vida do indivíduo, o que poderá suscitar insegurança e medo do desconhecido, na reconstrução de si mesmo face aos seus e aos olhos dos outros.

Por último, o conceito de transferência e contratransferência, manifestou-se como um subtema que criou alguma divergência nas opiniões, visto que nem mesmo o psicólogo é neutro à imposição da cultura e nesse sentido, necessita de refletir e desconstruir este tema previamente para que consiga estabelecer uma relação terapêutica condigna. Mais que isso, a contratransferência é pessoal e projeta no outro inquietações que advêm da sua própria história de vida. A projeção de expectativas pessoais pode não ocorrer se não existir no terapeuta a tendência para idealizar o paciente ou identificar-se com o mesmo e assim sendo, o espaço clínico é conservado.

Adaptação Social

A adaptação social é a dimensão de análise que pretende identificar os desafios gerais da comunidade trans face ao contexto sociocultural, em paralelo com os recursos que foram adquiridos em terapia ou que estão disponíveis em formato de serviço público para a população LGBTQI+. Por fim, foram também requisitadas as opiniões dos entrevistados sobre a previsão do futuro LGBTQI+.

O **primeiro entrevistado** comenta as barreiras sociais na aceitação da comunidade trans como o desafio que mais se evidencia, pois segundo a sua experiência e os respetivos testemunhos, a oposição à diferença e à diversidade, isola esta comunidade, o que culmina na dificuldade de criar “sentimento de pertença”.

Menciona que o impacto do acompanhamento psicológico muitas vezes se manifesta pela autodescoberta, pela clareza e pela aceitação que a terapia pode propiciar face ao estado de incerteza e confusão. No que concerne os serviços disponíveis, o entrevistado refere a importância de os pacientes “falarem com outras pessoas”, no sentido de criarem redes de apoio e aderirem a grupos de partilha onde possam espelhar as suas dificuldades no processo, na transição e na adaptação.

O futuro LGBTQI+ aos olhos do entrevistado, deveria ser repensado de modo a que estas matérias obtenham uma maior visibilidade e para que sejam incluídas no domínio académico. O psicólogo refere que o desenvolvimento legislativo nos últimos 20 anos é indiscutível, mas que existe ainda muita falta de informação e formação na área.

A **segunda entrevistada** observa que existem estigmas que internalizados desde cedo de uma forma sistémica e denota que a língua portuguesa em específico, é um produto da separação de género que coage com os desafios dispostos socialmente em relutância à aceitação transgénero. Considera também que os serviços de saúde estão ainda muito pouco acessíveis para acolher a comunidade trans e que panorama político se encontra cada vez mais polarizado, promovendo mais discrepância na inclusão.

Do ponto de vista de serviços e ferramentas terapêuticas, a psicóloga faz menção à associação ILGA, com a qual trabalha, em referência à prestação de serviços de apoio psicológico, apoio à vítima, apoio jurídico e apoio social. Menciona que para além do “lado ativista”, existe um lado comunitário, no qual a associação também investe para dar resposta ao isolamento, fornecendo diversas atividades lúdicas e de grupo que favoreçam a experimentação e a partilha. A entrevistada refere que os recursos que disponibiliza em terapia passam por realizar “psico-educação” à família e ao próprio paciente, para que estes possam obter informação legítima e para que seja possível “promover a mudança.

O impacto do acompanhamento terapêutico tem por base a influência da “construção do discurso positivo” e a “construção de relações positivas e gratificantes e que não sejam da família biológica”, visto que o importante é encontrar amparo na “família dos afetos”. Assim sendo a psicóloga conclui que esta é a ambição proposta em terapia, que nem sempre são casos de sucesso, mas que muitos dos pacientes encontram no espaço terapêutico, um espaço de aceitação.

Relativamente ao futuro LGBTQI+, a entrevistada refere a importância da criminalização das terapias de conversão.

A **terceira entrevistada** refere que os desafios sociais são compostos primeiramente pela linguagem latina, visto não ser neutra, pela discriminação e pelas agressões transfóbicas

que são transversais às áreas profissionais. E comenta que os principais desafios “continuam a ser ainda no acesso à saúde”.

Refere que em termos de serviços disponíveis, já existiram iniciativas da própria sociedade portuguesa de sexologia, na organização de encontros de saúde LGBT e menciona a rede ILGA Portugal por organizar diversas atividades e serviços.

Relativamente ao impacto do acompanhamento transgénero, a psicóloga apresenta-se relutante em tirar conclusões, contudo, menciona ser “bom pensar” que o acompanhamento terapêutico “contribui para mudar mentalidades, para o bem-estar das pessoas”, sugere que “quanto mais visibilidade positiva houver”, melhor. Neste sentido, considera que ainda existe muito trabalho de prevenção e sensibilização a ser feito e que apesar da incidência política da extrema-direita e da possível instabilidade dos direitos conquistados, tem uma visão otimista do futuro LGBTQI+.

O **quarto entrevistado** observa o isolamento da comunidade trans e a rejeição social como os desafios mais alarmantes. Alega sentir que a aceleração do pensamento moderno não permite criar “espaço para pensar” e menciona que a narrativa trans é apresentada de uma forma desvirtuada “do seu significado e significância”. Propõe também que o símbolo da revolução dissimula a verdadeira causa e que a discriminação é austera e ainda muito presente nas formas mais grotescas e violentas possíveis e que por isto, é necessário repensar a narrativa e alinhar as intenções sociais.

O psicólogo menciona que em termos de serviços e apoios, a população trans pode recorrer a grupos de partilha. No entanto, é importante estar ciente das possíveis agendas políticas latentes para não cair no risco de tornar aquilo que deveria ser um grupo de apoio e de partilha de informação, num testemunho das experiências negativas associadas a movimentos extremistas.

O impacto que o entrevistado observa, no acompanhamento psicológico desta comunidade, é a relação de aceitação que prospera após o processo terapêutico que acima de tudo retira o sintoma do paciente e lhe permite viver a vida com autenticidade. No que concerne a visão futura da comunidade LGBTQI+, menciona que “ainda temos um largo caminho a percorrer” e insinua a urgência de criar “espaços de diálogo” para podermos socialmente desconstruir as ideias de género internalizadas e para que a mudança possa “criar novas estruturas estáveis”.

Adaptação Social - Análise Integral

A análise de dados da dimensão alusiva à adaptação social determina que o maior desafio identificado continua a ser o estigma e o isolamento social da comunidade trans. Segundo os psicólogos, a dificuldade de criar um sentimento de pertença nesta população deriva dos seguintes aspetos: da imposição da língua portuguesa que dita a realidade do sistema binário em que estamos culturalmente envolvidos; da polarização política que sustém a expansão da diversidade e desfavorece a priorização dos direitos LGBTQI+, o que complica a acessibilidade dos serviços públicos, nomeadamente dos serviços de saúde e da luta pelas causas sociais que constitui o pensamento moderno, porém o “símbolo da revolução” é usurpado em prol de agendas políticas que em nada contribuem para o progresso da narrativa trans. Todos estes fatores são causas e efeitos de uma mentalidade comum que estagnou na premissa de uma ideologia envelhecida e que já não é compatível com as formas de expressão atuais.

O impacto do acompanhamento psicológico é referido pelos entrevistados como a expectativa que prospera o desencadeamento dos objetivos terapêuticos, ou seja, a ambição terapêutica debruça-se na esperança em que os objetivos sejam efetivamente exequíveis de alcançar. Neste sentido, a experiência dos profissionais revela que de facto, existem muitos casos de sucesso, quando os pacientes procuram e aderem à terapia, os benefícios são observáveis particularmente na reconstrução da vida dos pacientes, na medida em que é reconfigurada e adequada às necessidades do indivíduo, na qual possam usufruir de um estilo de vida marcado pela autenticidade e pelo discurso positivo sobre si, na qual a rede de apoio seja composta por pessoas que acolham e aceitem a identidade do indivíduo.

Neste seguimento, os serviços e ferramentas disponíveis são primordialmente compostos por grupos de partilha, muitas vezes associados a instituições ativistas LGBTQI+ como a ILGA e a Casa-Quei, que conciliam uma série de atividades comunitárias informais com o objetivo de promover a experimentação e os encontros entre pessoas que partilham os mesmos desafios. As ferramentas dispostas em terapia passam pela psicoeducação, ou seja, por informar e educar tanto os pacientes como as famílias.

Por fim, o futuro LGBTQI+ é perspectivado pelos entrevistados com alguma ambivalência, visto existir concordância na necessidade da criação de medidas preventivas que apoiem o domínio académico e estimulem a criação de espaços de diálogo, todavia, são reconhecidos os progressos e a previsão futura, tem por base um olhar otimista.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo compreender a influência do processo psicoterapêutico na emancipação social transgênero. As tabelas de codificação dispostas em anexo, expõem as três dimensões de análise selecionadas e as respectivas subcategorias adjacentes. Estas pretendem demonstrar, segundo os psicólogos entrevistados e o conteúdo extraído das entrevistas realizadas, as considerações basilares que visam o discernimento das boas práticas terapêuticas LGBTQI+. A análise de conteúdo presente nos resultados, compreende a opinião de profissionais especializados no acompanhamento de pessoas LGBTQI+, que incluem a população alvo desta investigação em específico, a comunidade trans. Apesar da divergência nas áreas de especialização e da diferença entre as vertentes percorridas, o ponto de conversão dos caminhos dos psicólogos entrevistados estabelece um espaço comum em que partilham unanimemente as mesmas perspetivas de intervenção relativamente ao acompanhamento trans.

A abordagem clínica regente na amostra, demonstrou que o modelo comum utilizado na intervenção terapêutica consta a autodeterminação de género como elemento central do modelo das terapias afirmativas. O modelo tem por base o stress minoritário referido por Meyer (2003), que expõe as repercussões da estigmatização social na comunidade trans. Esta discrepância hierárquica é imposta pela dominância hétero-normativa que dita as valências sociais estimadas pela norma estatística (Prunas et al. 2014), o que em última instância propicia a rejeição social. Os diversos estudos empíricos envoltos da marginalização da comunidade trans comprovam precisamente a tendência descrita anteriormente, que se manifesta transversal aos vários circuitos sociais comunitários, tais como: o acesso a documentos legais e espaços públicos (por exemplo: casas-de-banho) e cuidados de saúde, (Testa et al., 2015). Estes fatores são também referidos pelos psicólogos entrevistados como os desafios que se opõem à inclusão da diversidade de género social, que são desencadeados pela transfobia e trans negatividade internalizada (Rood et al., 2017). As consequências psíquicas da segregação social experienciada pela população trans, contribuem para a antecipação da rejeição, em articulação com o estado de hipervigilância. Com efeito, a noção do perigo iminente provocada pela exaustão e insegurança sentida, proporcionam quadros clínicos associados a ansiedade generalizada, depressão, ideação suicida e em alguns casos, suicídio (Rood et al., 2016). Os diagnósticos enunciados nos resultados obtidos, validam precisamente a mesma identificação psíquica expressa nos artigos empíricos aludidos, existe efetivamente uma predisposição da comunidade trans para diagnósticos

associados a perturbações ansiogénicas. Como referido nas entrevistas, no caso de acompanhamento de pessoas transexuais, a transição M to F (masculino para feminino), constitui a transição que apresenta maior suscetibilidade à recusa e discriminação social, visto que a própria alteração física do indivíduo detentor do corpo masculino, supõe à partida, uma constituição física mais evidente. Desta forma os traços físicos do sujeito adaptam-se com menor facilidade à inibição hormonal da testosterona, enquanto o contrário, F to M, apresenta maior maleabilidade para incorporar novos recetores hormonais. Para além disto, a discriminação circunscrita neste grupo minoritário acresce na transição M to F, pela conceptualização do termo feminino enraizado e pela sua significância numa determinada cultura, que poderá estabelecer/representar outro grupo minoritário (Matsuno, E., and Israel, T. 2018).

Neste seguimento, o acompanhamento psicoterapêutico promove a construção de recursos internos necessários para a proteção do indivíduo face à agressão social. A resiliência, por exemplo, é um fator que tem um papel significativo na superação destas mesmas adversidades e é considerada uma ferramenta que influencia a regulação emocional do sujeito no confronto com a discriminação generalizada (Fergus and Zimmerman, 2005). A criação de espaços comunitários, constituídos por grupos de apoio, diligencia espaços de diálogo, onde a responsabilidade é canalizada e direcionada para aqueles que efetivamente praticam atos discriminatórios, descartando o indivíduo da culpa internalizada e da sensação de desadequação. Estes espaços concedem a oportunidade de estabelecer novas redes de amparo e podem inclusivamente reconfigurar as noções preconcebidas do significado da relação com o outro e a dinâmica estabelecida. A adesão a estes grupos comunitários oferece à população trans a oportunidade de encontrarem um espaço de pertença, onde possam partilhar as suas experiências enquanto grupo minoritário (Matsuno, E., and Israel, T. 2018). O testemunho dos psicólogos entrevistados comprova precisamente a importância deste fator em paralelo com o acompanhamento psicológico, visto que parte dos pacientes que acompanharam em terapia, estavam inseridos em grupos sociais desmembrados, e rejeitantes que transtornavam o processo de autodeterminação. Os estudos científicos demonstram que a presença de redes de apoio familiares securizantes decretam um efeito significativo na supressão do estigma experienciado pela comunidade trans, contudo, este suporte nem sempre é possível ou acessível para estas pessoas, o que implica a necessidade de viabilizar outros meios contentores que ofereçam a possibilidade de relações aceitantes e significativas, (Puckett, Newcomb, and Mustanski, 2016). Segundo os psicólogos entrevistados, associações como a ILGA Portugal harmonizam grupos de encontro e de partilha que dinamizam reuniões entre pessoas LGBTQI+ com vista a uma maior coesão, empoderamento e

autoconhecimento. Existem também associações como a AMPLOS que se dirigem especificamente às famílias e à luta ativista contra a discriminação, que pretendem organizar encontros periódicos entre pais, famílias e grupos sociais próximos de pessoas LGBTQI para dar resposta às dúvidas que se instalam na exposição da diversidade, com o objetivo de celebrar a diferença e defender os direitos desta comunidade.

O processo de afirmação identitária, no que concerne particularmente a identidade de género, sugere movimentos de identificação compostos por modelos de comparação representativos. Assim sendo, a exposição de representações trans positivas através de plataformas sociais (redes sociais, vídeos online, anúncios) ou pelos media, por via da cultura e arte (cinema, teatro, música) é de extrema relevância (Bockting et al., 2013). A utilização dos meios de comunicação com o objetivo de dar visibilidade a estes temas, restaura a imagem estereotipada das pessoas trans, facilita o acesso à educação e desmitifica o estigma internalizado. Em suma, a utilização das tecnologias disponíveis nos tempos modernos pode determinar a criação de mecanismos de “coping” que favorecem o princípio de propósito e significado desta população. Contudo, a representação da população trans difundida tem que ser efetivamente partilhada de forma positiva para que seja possível presenciar os efeitos descritos (Craig, McInroy, McCready, & Alaggia, 2015; Singh, 2013).

O testemunho dos psicólogos entrevistados, manifesta a importância da formação de uma relação terapêutica estável e segura, que seja contentora das angústias partilhadas e que acolha os pacientes na jornada terapêutica. Segundo a análise de resultados e os estudos averiguados, a procura de ajuda psicológica profissional surge por diversos motivos para além das questões de identidade de género. Inicialmente, muitos dos problemas ou motivos de consulta, enunciados em sessão terapêutica, são sintomas visíveis resultantes da severidade da violência social experienciada e não necessariamente problemáticas que partem de angústias identitárias, ou seja, a causa efeito é determinada pelo julgamento externo e não o inverso (Hunt, J. 2014).

A resistência no processo psicoterapêutico, segundo os psicólogos entrevistados, é argumentada mediante o fator geracional que predispõe indivíduo à abertura de novas ideias e novos desafios, visto que as gerações mais novas são tendencialmente mais flexíveis e apresentam mentalidades menos ortodoxas (Gooding et al, 2012). Outros fatores propícios a incitar atritos na adesão à relação terapêutica, são analisados pelo nível de agressividade do indivíduo, pela recetividade à mudança, pela existência de julgamento por parte do terapeuta e pelas ideias pré-concebidas do paciente em conformidade com o constructo fabricado sobre o significado e representação pessoal da terapia. O último fator referido é particularmente relevante na medida em que o primeiro contacto do indivíduo trans com o psicólogo poderá surgir por via de uma

recomendação de outro provedor de saúde, implicando a despesa num serviço que o indivíduo pode sentir como dispensável (Sheerin, 2009). Para além disto, o indivíduo poderá evitar o apoio terapêutico por falta de confiança nos serviços de saúde ou por associar o acompanhamento terapêutico à imposição do diagnóstico diferencial que irá legitimar o acesso a determinados tratamentos (Anzani, Prunas and Sacchi, 2021). Estudos recentes (2020) divulgam experiências de microagressões relatadas pela comunidade trans com profissionais de saúde, que revelam a hostilidade e a violação de regras éticas e deontológicas no contexto terapêutico. A presença de profissionais que praticam terapias de conversão com a finalidade de inverter e normatizar a identidade de género do indivíduo, são contributos resultantes da negação da autenticidade e autodeterminação do sujeito (Morris et al., 2020).

Rachlin (2002), conduziu um estudo no qual apurou a opinião de uma amostra total de 93 participantes transgénero, em referência aos motivos que os levaram a procurar ajuda profissional. Rachlin concluiu que a maior parte dos participantes recorreu primeiramente a consultas psicológicas por motivos não diretamente relacionados com a identidade de género, mas sim conflitos inter e intrapessoais, como: o stress, a depressão e mau estar psíquico generalizado. Após a estabilização do equilíbrio psíquico, o procedimento seguinte da investigação de Rachlin (2002), revela que os participantes retomavam o apoio psicólogo através da procura de psicólogos especializados nas questões de género para um acompanhamento mais personalizado. Os resultados obtidos neste estudo demonstram que os participantes consideram a flexibilidade, a aceitação, a experiência profissional e conhecimento sobre as questões de género, fatores que incentivam a exploração e o progresso terapêutico, integrando desta forma uma correlação direta com os níveis de satisfação do paciente. Por outro lado, as experiências terapêuticas negativas estavam associadas à passividade e insensibilidade do terapeuta. O estudo de Rachlin (2002), aliado com outras investigações semelhantes, corrobora com as orientações encorajadas pelos guias teóricos de acompanhamento de pacientes LGBTQI+, que ilustram os componentes necessários para o tratamento clínico destes pacientes, (Brown 2001). As diretrizes emitidas pelos guias referidos, expressam precisamente a responsabilidade do psicólogo em obter conhecimento fidedigno mediante a diversidade de tratamentos e estratégias disponíveis para o acompanhamento da comunidade trans, de modo a ajustar a melhor forma de intervenção clínica, (Sheerin, 2009). A investigação conduzida por Anzani, Morris e Galupo, (2019), que abrangeu uma amostra representativa trans de 10 países, demonstrou justamente que as experiências terapêuticas positivas proponham a afirmação e o reconhecimento da vontade do paciente, celebrando a sua autenticidade.

É lícito afirmar a exigência inerente aos padrões de cuidado terapêutico (SOC – Standards of Care), em clarificar as opções disponíveis para os indivíduos trans, que facilitem a sua transição corporal (caso seja um procedimento desejado) e que valorizem as relações sociais e familiares, (Coleman et al, . 2012). Desta forma, a intervenção clínica no âmbito das questões de identidade de gênero, pressupõe o conhecimento prévio da comunidade LGBTQI+ (APA, 2015) e o reconhecimento dos antecedentes históricos que impeliram a criação de diagnósticos patologizantes e, por consequência, a categorização e opressão da comunidade trans (Stryker, S. 2017). O acompanhamento desta população, tem por base a aquisição de informação médico-legal para que seja possível orientar o paciente no caso deste desejar: intervenção cirúrgica, tratamento hormonal, necessitar de algum tipo de informação respetiva aos cuidados de saúde disponíveis ou acesso a grupos de apoio comunitário (Ducheny, Hendricks, and Keo-Meier, 2017). Ou seja, o psicólogo/terapeuta, deverá cultivar o hábito do ensino autodidata para que esteja dedicadamente atualizado sobre os protocolos administrados na área educativa e de saúde, sobre as orientações da OMS (Organização Mundial de Saúde) e Ordem dos Psicólogos, e assim oferecer resposta aos pacientes ao abranger no processo terapêutico a intervenção psico-educativa (Matsuno, E., and Israel, T. 2018). Desta forma, os cuidados de saúde, numa perspectiva alargada e multidisciplinar, deveriam reduzir as barreiras do acesso ao conhecimento, de forma a acolher adequadamente a população em estudo (Puckett, Cleary, Rossman, Mustanski, and Newcomb, 2018), através do desenvolvimento de estudos empíricos e científicos relacionados com a população LGBTQI+ que são fundamentais para a contribuição da formação académica e para a operacionalização das boas práticas clínicas (Matsuno, E., and Israel, T. 2018).

Limitações

A natureza do presente estudo qualitativo, apresenta por defeito, a seleção manual dos conceitos centrais de análise ao apurar a informação obtida nas entrevistas semiestruturadas através da elaboração de tabelas de codificação. A escolha das temáticas consideradas pertinentes, atendeu à tentativa de reduzir o efeito de enviesamento, através da ponderação dos dados que estimassem o objetivo do estudo - a compreensão da influência do processo terapêutico na emancipação transgénero. Contudo, a análise dos dados selecionados das entrevistas, poderá compor algum nível inevitável de enviesamento visto que a entrevista foi analisada através de extrações de relatos dos entrevistados, correspondentes às dimensões de análise geradas. Isto é,

em conformidade com os critérios adotados, a redação dos resultados foi composta pela examinação e leitura integral do teor das entrevistas, através da fração dos elementos relevantes. Desta forma a limitação do estudo poderá ser indicada por meio da respetiva fração de informação mencionada, visto que não inclui o restante contexto em que estava inserida, sem considerar o resto do texto. Ainda assim, foram realizados os esforços necessários para estruturar devidamente a análise dos resultados, com o intuito de mapear a conjectura dos dados obtidos.

Considerações Futuras

Com base nas conclusões retiradas da análise de resultados, propõe-se a exploração de meios de integração e inclusão da comunidade trans na sociedade portuguesa, para futuras investigações.

Os estudos científicos, em paralelo com a presente investigação, apresentam o testemunho de profissionais de saúde e pacientes trans, sobre as principais causas de adoecimento psíquico na comunidade LGBTQI+. Estas derivam primordialmente da experiência de humilhação, despotismo e abuso social que resultam no isolamento da comunidade. As comorbidades psicopatológicas associadas aos diagnósticos aferidos a pacientes LGBTQI+ revelam justamente quadros clínicos relacionados com ansiedade e depressão resultantes da discriminação vivida. Assim sendo, o trabalho científico deverá dar lugar à materialização das ideias refletidas nos diversos setores sociais e de saúde, tanto a nível escolar através da criação de programas disciplinares direcionados para a educação inclusiva, como a nível académico através de cursos de formação sobre as questões de género e sexualidade. O meu apelo pessoal e crítico relativamente ao sistema de saúde, dedica-se à melhoria do acesso clínico e à criação de unidades de saúde descentralizadas com especialização na área LGBTQI+ (visto que a única Unidade de Saúde no Serviço Nacional com intervenção cirúrgica nesta área localiza-se em Coimbra – UR-GUS). Ou seja, as considerações futuras compreendem as falhas das estruturas políticas, sociais e de saúde, de forma a dar visibilidade à comunidade trans, consciencializar a sociedade portuguesa, colocar em prática o conhecimento adquirido e contribuir para a construção de um futuro mais inclusivo.

Referências

Ali, R. M. (2014). A transpositive approach to therapy with transgender clients: An exploration of therapists' subjective experiences.

Anzani, A., Morris, E. R., & Galupo, M. P. (2019). From absence of microaggressions to seeing authentic gender: Transgender clients' experiences with microaffirmations in therapy. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 13*(4), 258-275.

Anzani, A., Sacchi, S., & Prunas, A. (2021). Microaggressions towards lesbian and transgender women: Biased information gathering when working alongside gender and sexual minorities. *Journal of Clinical Psychology*.

American Psychiatric Association. (2015). DSM-5® classification. American Psychiatric Pub.

Benson, K. E. (2013). Seeking support: Transgender client experiences with mental health services. *Journal of feminist family therapy, 25*(1), 17-40.

Bochenek, M., & Brown, A. W. (2001). *Hatred in the hallways: Violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, and transgender students in US schools*. Human Rights Watch.

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American journal of public health, 103*(5), 943-951.

Cahill, S., Battle, J., & Meyer, D. (2003). Partnering, parenting, and policy: Family issues affecting Black lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people. *Race and Society, 6*(2), 85-98.

Chen, X., Chen, J., Wu, D., Xie, Y., & Li, J. (2016). Mapping the research trends by co-word analysis based on keywords from funded project. *Procedia Computer Science, 91*, 547-555.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International journal of transgenderism*, 13(4), 165-232.

Costa, S., Martins, V., Santos, G., & Moleiro, P. (2020). Abordagem e tratamento da disforia de género. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 11(1), 165-178.

Craig, S. L., McInroy, L., McCready, L. T., & Alaggia, R. (2015). Media: A catalyst for resilience in lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth. *Journal of LGBT Youth*, 12(3), 254-275.

Creswell, J. W. (2011). Controversies in mixed methods research. *The Sage handbook of qualitative research*, 4, 269-284.

Decreto Lei no 38/2018 de 7 de agosto da Assembleia da República. Diário da República: Série I, No 151 (2018). Acedido a 09 jun. 2021. Disponível em www.dre.pt

Dewes, J. O. (2013). Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos.

Ducheny, K., Hendricks, M. L., & Keo-Meier, C. L. (2017). TGNC-affirmative interdisciplinary collaborative care.

Fraser, L. (2009). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and relationship therapy*, 24(2), 126-142.

Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 262-270.

Guerra, J. R. V. (2017). A Discriminação sexual com pessoas transgénero (Doctoral dissertation).

Handcock, M. S., & Gile, K. J. (2011). Comment: On the concept of snowball sampling. *Sociological Methodology*, 41(1), 367-371.

Heckathorn, D. D. (2011). Comment: Snowball versus respondent-driven sampling. *Sociological methodology*, 41(1), 355-366.

Hughto, J. M., Pachankis, J. E., & Reisner, S. L. (2018). Healthcare mistreatment and avoidance in trans masculine adults: The mediating role of rejection sensitivity. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 5(4), 471.

Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy research*, 14(4), 288-296.

Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The journal of primary prevention*, 39(3), 263-301.

Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., ... & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 243-263.

Klassen, A. C., Creswell, J., Clark, V. L. P., Smith, K. C., & Meissner, H. I. (2012). Best practices in mixed methods for quality of life research. *Quality of life Research*, 21(3), 377-380.

Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 102-120.

Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46(5), 632-655.

Morris, E. R., Lindley, L., & Galupo, M. P. (2020). "Better issues to focus on": Transgender Microaggressions as Ethical Violations in Therapy. *The Counseling Psychologist*, 48(6), 883-915.

Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 2(3), 281.

Prunas, A., Vitelli, R., Agnello, F., Curti, E., Fazzari, P., Giannini, F., ... & Bini, M. (2014). Defensive functioning in MtF and FtM transsexuals. *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 966-971.

Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(1), 48-59.

Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference?. *Journal of Family Psychology*, 33(8), 954.

Saleiro, S., & Sales Oliveira, C. (2018). Desigualdades de (cis e trans) género. Portugal no contexto europeu. *Desigualdades de (cis e trans) género. Portugal no contexto europeu*, 131-147.

Sheerin, J. M. (2009). Transgender individuals' experiences in therapy and perception of the treatment experience.

Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. sage.

Stryker, S. (2017). *Transgender history: The roots of today's revolution*. Hachette UK.

Tombolato, M. A., & dos Santos, M. A. (2020). Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI): fundamentos básicos e aplicações em pesquisa. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 26(3), 293-304.

Rood, B. A., Reisner, S. L., Surace, F. I., Puckett, J. A., Maroney, M. R., & Pantalone, D. W. (2016). Expecting rejection: Understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals. *Transgender Health*, 1(1), 151-164.

ANEXOS

ANEXO 1
Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____ (nome completo do participante), declaro com o presente instrumento, que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) investigador (a) _____ (nome completo do investigador) sobre os procedimentos e métodos que serão utilizados na investigação, em que aceito participar.

Declaro também que fui informado (a) de todas as orientações do estudo e que estará ao meu critério a informação que irei fornecer, sendo que poderei interromper em qualquer momento a participação, se assim desejar.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

Local e data

_____/____/_____

Nome _____

Assinatura _____

ANEXO 2

Guião da Entrevista Semiestruturada

Influência do Processo Terapêutico na Aceitação Social Transgénero

Versão direcionada para profissionais de saúde mental

Objetivo Geral: Conhecer quais são as práticas utilizadas em contexto clínico para promover a aceitação social transgénero, explorar a abordagem psicológica destinada ao reconhecimento dos desafios dispostos pela disforia de género, bem como, o percurso terapêutico percorrido pelos pacientes que pretendem assumir a sua identidade de género.

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	FORMULÁRIOS DE QUESTÕES
LEGITIMIAÇÃO DA ENTREVISTA	→ Explicitar os fundamentos e objetivos da entrevista;	→ Informar em linhas Gerais sobre o Trabalho de Investigação;
CONSENTIMENTO INFORMADO	→ Garantir a confidencialidade; → Solicitar autorização para o registo áudio de entrevista.	→ Identificar os objetivos gerais da entrevista; → Explicar ao entrevistado que o seu contributo é essencial para o êxito do trabalho; → Assegurar o carácter confidencial das informações prestadas; → Pedir autorização para gravar a entrevista; → Agradecer a colaboração

<p>ABORDAGEM CLÍNICA</p>	<p>→ Identificar o método clínico utilizado no paradigma transgénero</p> <p>→ Quais as terapias mais aconselhadas nas questões relacionadas com identidade de género</p> <p>→ Qual o diagnóstico mais proeminente em indivíduos transgénero</p>	<p>→ Qual o modelo de referência que aplica em contexto clínico (o modelo difere consoante os pacientes)? Como é que o seu percurso profissional o sensibilizou para as questões relacionadas com o género?</p> <p>→ Faz acompanhamento de grupo com indivíduos diagnosticados com disforia de género?</p> <p>→ Qual é o diagnóstico mais comum apresentado por indivíduos transgénero?</p> <p>Sugere a terapia sistémica como um complemento da terapia individual no acompanhamento de indivíduos LGBT?</p> <p>→ Quais os objetivos terapêuticos no acompanhamento transgénero?</p> <p>→ Existe aconselhamento clínico relacionado às questões de identidade de género (se sim, pedir exemplo)?</p>
---------------------------------	---	---

RELAÇÃO TERAPÊUTICA

→ Compreender se a transição de gênero altera a aliança terapêutica estabelecida

→ Deter os efeitos da transferência e da contratransferência

→ Identificar o processo clínico elaborado na transição transgênero

→ Explorar a visão do psicólogo clínico relativamente ao acompanhamento transgênero

→ Existem diferenças significativas no estabelecimento da aliança terapêutica com indivíduos transgênero comparativamente com os indivíduos cisgênero?

→ Durante a fase de transição de gênero do paciente a relação terapêutica é ameaçada? Em que aspecto é que pode ocorrer a incidência da contratransferência no acompanhamento de indivíduos transgênero?

→ Em que medida é que a transição de gênero do paciente poderá alterar o conteúdo manifesto? Como é que é sentida esta mudança para o psicólogo enquanto parte integrante da relação terapêutica?

→ A relação terapêutica muda durante este processo de transição (se sim, em que aspecto)?

**ADAPTAÇÃO
SOCIAL**

- Albergar os maiores desafios clínicos
- Reconhecer as etapas percorridas em contexto clínico para que o paciente assuma e aceite a sua identidade de género
- Perceber a função do psicólogo no contexto LGBTQI+
- Compreender o impacto do acompanhamento psicológico na adaptação social

- Quais as maiores dificuldades partilhadas em terapia na adaptação sociocultural do transgénero? Quais as etapas percorridas até o paciente assumir a sua identidade de género? Quais as ferramentas dispostas em terapia para ir de encontro das necessidades do paciente? Existe alguma medida de reeducação sexual no caso do transexual?

Questões direcionadas para a
ILGA - associação LGBT:

- Que medidas reintegrativas são utilizadas? Quais os serviços organizados com a finalidade de inclusão do indivíduo em sociedade? Quais as atividades com maior taxa de sucesso direcionadas para indivíduos transgéneros? Que tipo de apoio estatal é recebido no investimento para a organização? Como é que a consciencialização da componente pluridimensional do género e do sexo poderá beneficiar a integração social transgénero? Quais os desafios para um futuro mais inclusivo?

Anexo 3 - Tabela de Código

Tabela 1 - Entrevista Dr. L

<i>Temática</i>	Códigos	Subcódigo	Citação
<i>Abordagem Clínica</i>	Formação de Base	Modelo clínico de Referência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Era psicólogo na clínica social” “A universidade do Minho é uma escola de psicologia bastante boa, mas muito cognitivista, muito cognitivo-comportamental. E foi a minha formação de base.” ▪ “o meu modo de trabalho também está em transição” ▪ “Tenho aprendido muito sobre os modelos dinâmicos e tenho tido bastante interesse em aprofundar-me nos modelos dinâmicos. Atualmente se me perguntares como é que eu trabalho, eu trabalho maioritariamente com modelos cognitivo-comportamentais.”
	Terapias direcionadas para a comunidade LGBTQI+		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) independentemente da linha que se utiliza, têm de ser sempre modelos afirmativos. Afirmativos da identidade” ▪ “, aí é que eu parto bastante e separei bastante de cognitivo-comportamental, do modelo cognitivo-comportamental a nível de aliança terapêutica, há muito aquela separação, há uma ausência quase de relação, ou seja, há uma assimetria grande entre eu e a pessoa e não se trabalha a relação.”

<i>Abordagem Clínica</i>		Terapia de grupo/sistêmica	-
	Diagnósticos associados		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) tendência maior a ter aqui uma sintomatologia depressiva e ansiosa (...)” ▪ “(...) depressão major, uma perturbação de uma ansiedade generalizada.”
		Proeminência da disforia de género	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) grande parte delas relata e enquadra-se num diagnóstico de disforia (...)” ▪ “(...) podem ser simplesmente trans e não terem disforia.”
	Objetivos terapêuticos no acompanhamento trans	Patologia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) é uma medicalização total e uma patologização total de uma coisa que deveria ser natural e uma expressão da nossa diversidade, porque somos tão diferentes todos uns dos outros em tudo o resto (...)” ▪ “(...) fazer com que este processo seja um processo de autoconhecimento para a pessoa.”

<p>Abordagem Clínica</p>			<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) nós temos que trabalhar com essa narrativa e perceber o que aquilo significa para aquela pessoa e tentar retirar estas camadas do preconceito, do estigma, para a pessoa conseguir ter uma vivência positiva com aquilo que ela é, independentemente da sua identidade, independentemente do seu caminho, é o desenvolvimento de uma identidade positiva.” ▪ “(...) o mais importante é a pessoa encontrar aqui em termos de gênero e em termos de orientação sexual um discurso que seja autêntico e que seja saudável e positivo (...)”
<p>Relação Terapêutica</p>	<p style="text-align: center;">Aliança Terapêutica</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) já tenho experiência de 4, 5, 6 anos a trabalhar estas questões, que eu me habituei a esta flutuação. Ou seja, já não cria propriamente nenhuma tensão na relação terapêutica em si, na aliança a esta questão. Mas, todavia, o que eu sinto que cria e destabiliza a aliança terapêutica é o julgamento da identidade. Imagina, se eu enquanto terapeuta...é por isso, que eu sou muito defensor da autodeterminação por uma questão, só consegues trabalhar as questões de gênero com uma pessoa se tu efetivamente a respeitares a nível da identidade.”

Relação Te- rapêutica			<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) é impossível criares uma relação terapêutica se não partires de um ponto de partida de respeito (...)”
		Alterações da aliança ao longo do processo terapêutico	-
		Resistência no processo de mudança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) os jovens e também obviamente por toda questão de representação de vida, estão mais facilmente capazes e sentem-se mais preparados para abdicar desses papéis (...)” ▪ “porque há aqui um papel familiar, o papel de pai, o papel de mãe, o papel de cuidador e isto interfere muito no trabalho da relação (...)” ▪ “(...) a questão da culpa, da mentira, da usurpação de papéis. E isto é uma coisa que tem um peso muito grande e uma resistência muito grande em termos terapêuticos.” ▪ “(...) há aqui um fator geracional brutal (...)” ▪ “(...) todas as mudanças nestes processos são muito graduais.”
	Transferência e Contratransferência		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Neste processo de contratransferência eu acho que o terapeuta vai tendo obviamente esta consciência de afetação de algumas questões, em termos emocionais.” ▪ “(...) não consegues ser realmente empático se aquilo

			<p>não passar também um bocado para ti.”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) faz parte quanto mais íntima é a relação terapêutica, mais espaço existe para estes processos de contra-transferência (...)”
<p><i>Adaptação Social</i></p>	<p>Desafios</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ A questão do laboral, ou seja, como é que em termos laborais vão reagir a esta questão, há uma grande barreira aqui. O familiar alargado, os pais, as mães, que, entretanto, têm uma visão que já se habituaram a tudo isto. A relação atual, uma que ela vai dizer à esposa que não se sente como um homem e sempre foi uma mulher.” ▪ “(...) porque cada ciclo que há onde a pessoa esteja inserida socialmente é mais uma barreira e isto tem um peso.” ▪ “(...) ao nível do isolamento (...)” ▪ “É difícil criar este sentimento de pertença, mas o que é importante e isto por dizer que isto é um serviço essencial, é haver grupos de partilha entre estas pessoas (...)”

<i>Adaptação Social</i>	Serviços e Ferramentas Terapêuticas		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Mas uma coisa que eu aconselho muito a estas pessoas é falarem com outras pessoas (...)”
	Impacto do Acompanhamento Psicológico		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Autodeterminação de género” ▪ “Aceitação” ▪ “Apesar da grande maioria das pessoas trans saberem quem são, o que às vezes pode acontecer é existir muito nevoeiro nesse caminho e às vezes é preciso por um caminho de luz para estas pessoas se irem percebendo a elas próprias melhor e não terem que sair de uma caixa para entrarem noutra.” ▪ “autodescoberta”
	Futuro LGBTQI+		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) nos últimos 10, 20 anos houve muita coisa boa que foi feita, desde o desenvolvimento legislativo e os quadros legais que foram alterados que veio a proteger as pessoas LGBT. Desde a aplicação da lei de educação sexual nas escolas, das aulas de cidadania, (...)” ▪ “(...) acho que é crucial é formar os profissionais nestas áreas.” ▪ “(...) eu estou a ver isto com financiamentos de fundos comunitários europeus para a formação de públicos estratégicos no âmbito da orientação sexual e identidade de género. Mas não estou a

<p><i>Adaptação Social</i></p>			<p>ver isto nas universidades, efetivamente, de psicologia, de medicina, de enfermagem, de serviço social, a trabalharem estas questões (...)"</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="1126 412 1562 629">▪ "(...) a academia efetivamente devia dar o exemplo. Porque a academia supostamente é onde está concentrado o desenvolvimento da investigação (...)"
--------------------------------	--	--	--

Anexo 4 – Tabela de Código

Tabela 2 – Entrevista Dra. S

	Códigos	Subcódigo	Citação
<i>Abordagem Clínica</i>	Formação de Base		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicóloga Clínica ▪ “O que me levou à ILGA? Foi: eu comecei como voluntária na associação e depois fiz o meu estágio académico e depois fiz o meu estágio para a ordem e, portanto, fui ficando, até hoje.”
		Modelo clínico de Referência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) modelo de terapias afirmativas (...)”
	Terapias direcionadas para a comunidade LGBTQI+		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) o modelo de terapia afirmativa, que é específico para o acompanhamento de pessoas LGBTQI+.” ▪ “(...) vem pôr o foco não na orientação sexual, afirmando que não há nada de errado com a orientação de uma pessoa que não for uma orientação hétero-normativa, ou uma identidade que não seja a identidade designada ao nascimento ou congruente com o sexo designado ao nascimento. O foco está no estigma e na discriminação em que as pessoas são vítimas pelo facto de não terem uma orientação hétero-normativa ou de não terem uma identidade de género que lhes foi designada ao nascimento.”

<i>Abordagem Clínica</i>			
		Terapia de grupo/sistémica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) de facto a envolvência do sistema em que a pessoa se insere é de facto fundamental. Envolver a escola, envolver a família, o grupo de pares, porque lá está, os estudos também nos indicam que pessoas que têm apoio familiar, ou apoio do sistema no qual estão envolvidas, têm muito propensão aos tais diagnósticos de depressão, ansiedade, etc, do que pessoas que não tenham este tipo de apoio.”
	Diagnósticos associados		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Depressão e ansiedade são diagnósticos que vemos colados muitas vezes às pessoas LGBTQI+, mais uma vez, não por serem pessoas LGBTQI+, mas por todas as agressões das quais são vítimas.” ▪ “Pelo estigma, pelo stress minoritário, etc, etc, por consumos também, ideação suicida, são quadros que nós vemos associados a pessoas LGBTQI+.”
	Proeminência da disforia de género	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “O único diagnóstico que pode existir é a disforia de género, ser trans não é um diagnóstico.” 	

Abordagem Clínica			<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) há este diagnóstico de disforia de gênero que é depois o que também permite que as pessoas tenham acesso aos cuidados de saúde que lhes permitem que as pessoas tenham acesso às terapêuticas hormonais, as cirurgias que queiram fazer, para adequarem o corpo à sua identidade.”
		Patologia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “No acesso à saúde, as terapias de conversão, portanto, há conta de todas estas agressões de que as pessoas são vítimas é que depois desenvolvem quadros a nível da saúde mental.”
	Objetivos terapêuticos no acompanhamento trans		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) para que a pessoa desconstrua essa homofobia, bifobia, transfobia internalizada e construa um discurso positivo, uma narrativa positiva sobre quem é. Nesta lógica de que ela é válida sendo quem é e não precisa de mudar nada porque não há nada para mudar. Ou seja, nesta lógica do orgulho em oposição à vergonha, de criar este discurso positivo sobre si, esta autoimagem positiva.”

Relação Terapêutica	Aliança Terapêutica		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Agir de forma informada, sobre o seu próprio processo (...)” ▪ “(é importante respeitar os tempos da pessoa e ir estando com ela (...)” ▪ “(...) nós queremos validar estas alterações e estas experimentações porque é isso mesmo, o género é fluído (...)” ▪ “(...) promover mudanças (...)” ▪ “Portanto desconstruir isto também em mim para acolher a outra pessoa que está à minha frente é um trabalho que é feito diariamente (...)” ▪ “(...) nós temos que adequar a forma de falar e isso obviamente que sendo fundamental para o estabelecimento da relação terapêutica (...)”
Relação Terapêutica		Alterações da aliança ao longo do processo terapêutico	-
		Resistência no processo de mudança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Nós temos muitas pessoas que nos chegam já muito conscientes da sua identidade e, portanto, aquilo que querem é avançar com o processo de transição.” ▪ “(...) em menor número surgem as pessoas que ainda estão muito ambivalentes. Agora a questão é que as

<p><i>Relação Terapêutica</i></p>	<p>Transferência e Contratransferência</p>		<p> pessoas procuram a ILGA e nós somos uma associação de pessoas LGBTQI+, portanto as pessoas quando nos procuram já têm um grau de certeza sobre estas matérias.” </p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “ (...) essa resistência muitas vezes vem daqui, desta internalização da transfobia (...)” ▪ “ (...) é uma mudança muito grande a todos os níveis e depois é pensar como é que vai ser no meu local de trabalho, como é que vai ser nas minhas relações amorosas, como é que vai ser se eu quiser ter um projeto de parentalidade, como é que vai ser o meu futuro. Portanto todos estes medos, estes receios, que são válidos, aumentam aqui a resistência e é importante desconstruir isto com a pessoa. É preciso que a pessoa saiba, ou seja, não vamos fantasiar e romantizar isto. Há relações que se vão perder sim, vão haver dificuldades”
-----------------------------------	---	--	---

<i>Adaptação Social</i>	Desafios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Nós não vivemos em bolhas não é, nós internalizamos homofobia, que existe de forma sistêmica na sociedade, internalizamos a trans-fobia, que existe de forma sistêmica na sociedade.” ▪ “(...) a língua portuguesa é muito difícil porque é muito binária (...)” ▪ “cuidados de saúde” ▪ “(...) nós temos consultas adiadas sistematicamente, listas de espera infindáveis (...)” ▪ “Depois obviamente nós temos movimentos de extrema direita a ganhar terreno (...) acharmos, “mas isso são questões políticas em nada tem a ver com a psicologia” tem, porque isto depois vai-se refletir na vivência e na experiência das pessoas e vai aumentar o medo de sair à rua.” ▪ “(...) vítimas de Bullying na escola (...)”
	Serviços e Ferramentas Terapêuticas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Na ILGA (...) temos vários serviços, o serviço de apoio psicológico, o serviço de apoio à vítima, o departamento jurídico, o serviço de apoio social, depois temos também o centro LGBT, que é este lado mais comunitário, que sempre existiu para além do lado ativista.” ▪ “(...) é fundamental fazer aqui uma psicoeducação com a família (...)” ▪ “(...) o terapeuta tem que ser o agente promotor dessa mu-

			<p>dança e muitas vezes o espaço da consulta, é o espaço onde a pessoa experimenta, é o espaço onde a pessoa usa roupas do gênero com o qual se identifica pela primeira vez (...)"</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ "(...) promovermos essa segurança (...)" ▪ "Nós temos, para além do nosso centro comunitário que é o centro LGBT que tem uma série de atividades, desde workshops, tertúlias, noites de karaoke (...)" ▪ "(...) temos os grupos de encontro e partilha (...)"
<p><i>Adaptação Social</i></p>	<p>Impacto do Acompanhamento Psicológico</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ "(...) o que temos sempre na base é esta construção do discurso positivo (...)" ▪ "(...) validação da sua identidade (...)" ▪ "(...) construção de relações positivas e gratificantes e que não sejam da família biológica, pois pode haver aqui uma rejeição da família biológica e a família é a família dos afetos (...)" ▪ "(...) o estabelecimento de limites (...)"
	<p>Futuro LGBTQI+</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ "(...) seria fundamental a criminalização de terapias de conversão (...)"

Anexo 5 - Tabela Código

Tabela 3 – Entrevista Dra. M

<i>Temática</i>	Códigos	Subcódigo	Citação
<i>Abordagem Clínica</i>	Formação de Base		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) percebi que gostava de intervir na área mais da sexualidade, da saúde sexual e reprodutiva (...)” ▪ “(...) curso de formação de formadores em educação para a sexualidade (...)” ▪ “(...) especialização mais específica na sexologia e na clínica de terapia sexual (...)” ▪ “(...) sempre estive próxima também de associações da comunidade, portanto não fazer as coisas para as pessoas, mas com as pessoas (...)”
		Modelo clínico de Referência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) o meu modelo de referência são terapias afirmativas (...)” ▪ “Mesmo sendo cognitiva-comportamental (...)”
	Terapias direcionadas para a comunidade LGBTQI+		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) na consulta de sexologia era e ainda é uma consulta de referência para pessoas trans (...)” ▪ “(...) terapias afirmativas (...)” ▪ “modelo de “coming-out”

<p><i>Abordagem Clínica</i></p>	<p>Diagnósticos associados</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) muitas vezes o pedido inicial de consulta pode ter a ver com a sexualidade e acaba por ser uma coisa, hum...acaba por ser apenas um sintoma (...)” ▪ “(...) no fundo na infância é mais raro haver comportamentos sexuais problemáticos...de alguma maneira é uma consulta mais virada para jovens e jovens adultos.”
		<p>Terapia de grupo/sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) a minha perspetiva não sendo sistémica, é uma perspetiva de integrar a família, colaborar com a família.” ▪ “(...) faço parte de uma rede da associação ILGA Portugal (...) Se uma pessoa tiver muito preconceitos em relação às questões LGBTQI provavelmente não se sente à vontade comigo porque acha que eu estou demasiado dentro do meio (...) a minha experiência é de ver as famílias muito aceitantes, muito abertas, que querem o melhor dos filhos e que querem ajudá-los a realizarem-se (...)” ▪ “(...) também já fui bode expiatório de esforçar-me por “coming outs” ▪ “É difícil para uma família reconhecer a autodeterminação dos filhos e nas filhas para tomarem uma decisão tão grande como esta.”

Abordagem Clínica	Proeminência da disforia de género	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) é uma descoberta da pessoa e é um crescimento da pessoa, mas as dificuldades que não têm nada a ver com a identidade de género podem continuar lá, outras que têm que ver com a identidade ou a disforia também podem continuar ou podem melhorar por haver uma alteração da expressão de género que lhes permite ficar melhor.”
	Patologia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) falar da ética, uma das coisas que eu por hábito falo sempre nas primeiras consultas ainda com os pais é que...eu não mudo orientações sexuais, não mudo identidades de género (...)” ▪ “O momento chave, quer para os direitos de pessoas gays, lésbicas ou bissexuais, mas também para as pessoas trans, é a retirada da homossexualidade da lista de doenças, quer pela Associação da Psiquiatria, quer depois pela Organização Mundial de Saúde.” ▪ “É aqui que nós somos patologizantes, que é, quem está a passar por isto está mal de certeza, é infeliz, está ansioso e não vive bem. Não, às vezes não, às vezes as pessoas encarregam-se de mostrar que não, nem toda a gente precisa de apoio

	<p>Objetivos terapêuticos no acompanhamento Trans</p>		<p>psicológico ou de terapia, há pessoas que vivem bem.”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Promover a diversidade, explorar a diversidade de gênero e sexual (...)” ▪ “(...) faço sempre um bocadinho de psicoeducação (...)” ▪ “(...) é preciso criar o espaço terapêutico de segurança e de aceitação.”
<p><i>Relação Terapêutica</i></p>	<p>Aliança Terapêutica</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) acho que todas as relações terapêuticas são diferentes e são únicas, são circunstanciais, são próprias daquela relação e daquela circunstância de vida neste momento histórico e cultural.” ▪ “O que é que se calhar eu diria que é único, é o cuidado da linguagem (...)” ▪
		<p>Alterações da aliança ao longo do processo terapêutico</p>	<p>-</p>
		<p>Resistência no processo de mudança</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) tivemos de policiamento (...) temos essa herança que é pesada e que significa que se calhar a confiança e a colaboração da relação terapêutica pode sofrer um bocadinho.”

<p>Relação Te- rapêutica</p>	<p>Transferência e Contratransferência</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Ninguém é neutro, ninguém nasce neutro, nem cresce na neutralidade, nós crescemos no heterossexismo, portanto isto é uma área em que temos que nos autoavaliar, não estou a querer dizer analisar porque não é análise de análise, mas é refletir-nos sobre nós próprios (...)”
<p>Adaptação Social</p>	<p>Desafios</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) a nossa língua sendo latina é muito difícil ser neutro.” ▪ “(...) depois na mentalidade e na cultura ainda há muita discriminação muito estigma, muitas micro agressões, às vezes até agressões transfóbicas concretas, mas nem sempre.” ▪ “há transfobia também nos profissionais de saúde, portanto nós também temos que ter cuidado e alertar para que profissionais é que estão a recorrer e direcionar para o mais adequado possível” ▪ “Os principais desafios continuam a ser ainda o acesso à saúde (...) há muita gente há espera, que as pessoas ficam muito desesperadas (...)”
	<p>Serviços e Ferramentas Terapêuticas</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) na Sociedade Portuguesa De Sexologia organizámos um encontro de saúde LGBT (...)”

Adaptação Social

Impacto do Acompanhamento Psicológico

- “(...) é bom pensar que contribui para mudar mentalidades, para o bem-estar das pessoas para saber lidar com a discriminação, com estigma, com a violência ou as microagressões de uma maneira que permita àquelas pessoas viver melhor e acho que quanto mais visibilidade positiva houver, quanto mais pessoas estejam bem na sua pele outros também se seguiram.”
- “(...) eu gosto de pensar que a investigação em sexologia e o trabalho rigoroso ajudou a mudar estas mentalidades e a dar uma visibilidade mais positiva.”

Futuro LGBTQI+

- “Acho que há um trabalho grande a fazer de prevenção da discriminação e acho que também já disse isto na primeira parte, acho que nós nunca nos podemos esquecer do papel que tivemos de policiamento, de controlo, de não fazer relatórios ou dizer que a pessoa não é um transexual verdadeiro e isso influenciar o acesso à saúde e o acesso aos cuidados que as pessoas queriam.”
- “(...) há mais extrema-direita a dar atenção a estas questões e pronto é um bocadinho essa desilusão e medo de como será o futuro, como é que vamos garantir que aqueles diretos

			<p>conquistados continuarão a existir e não vão haver regressões e atrasos, hum..., mas no fundo tem sido bastante positivo e às vezes um bocadinho assustador (...)"</p> <ul style="list-style-type: none">▪ "(...) tenho uma visão otimista do futuro (...)"
--	--	--	--

Anexo 5 – Tabela De Código

Tabela 4 – Entrevista Dr. J

<i>Temática</i>	Códigos	Subcódigo	Citação
Abordagem Clínica	Formação de Base		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...)formação em sexologia clínica (...)” ▪ “(...)intervenção psicoterapêutica (...)”
		Modelo clínico de Referência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “A minha área é psicodinâmica, fiz muitos anos análises, portanto tentava enquadrar isto dentro de uma vertente mais psicanalítica (...)”
	Terapias direcionadas para a comunidade LGBTQI+		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapias Afirmativas
	Diagnósticos associados		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) deparei-me com pessoas que chegavam com imensas comorbidades psicopatológicas, histórias de vida muito pesadas, umas com histórias de depressão, de ansiedade, perturbações obsessivo-compulsivas, pessoas com marco historial de comportamento autolesivo (...)” ▪ “Na população que vem numa forma mais exploratória (...) não são

Abordagem Clínica			<p>questões ao nível da identidade de género, mas sim questões ao nível da identidade. (...) será um trabalho de construção identitária desta pessoa.”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) podem confundir questões associadas à expressão de género com questões de identidade de género (...)” ▪ “(...) a avaliação é composta por uma entrevista clínica semiestruturada na qual eu vou recolher os dados necessários para fazer o critério e o diagnóstico. Aplico o mnpi-2, que é uma prova multifásica de personalidade que me vai permitir descartar determinados diagnósticos, como doença psicótica.”
		Terapia de grupo/sistémica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) um dos trabalhos necessários para poder abordar esta questão com a família, pensarem de onde é que nascem estes medos, se são reais ou não são reais, irem preparando a família aos poucos, terem técnicas para chegar à família sem serem demasiado expostos a reações excessivamente agressivas (...)” ▪ “(...) quando é mais difícil eu encaminho as pessoas para “Amplos” que é uma associação de pais para pais de jovens LGBT.”
		Proeminência da disforia de género	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) há aqueles que vêm iniciar o processo de transição e que estão num processo de diálogo interno

Abordagem Clínica			<p>há muitos anos, vêm bem informados, sabem o que querem e estão bem resolvidos, relativamente ao início do processo de transição e há pessoas que vêm no sentido mais exploratório.”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Casos de pessoas com disforia de género que têm imensos mitos, que são profundamente transfóbicos e, portanto, não se permitem pensar ou a viver quem realmente são (...)”
		Patologia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) em termos associativos há uma distorção destes fenómenos e existe uma distorção destes fenómenos para alimentar uma narrativa (...)” ▪ “(...) patologizar estes comportamentos, “este menino mais feminino e que queria coisas diferentes do irmão” (...)” ▪ “Outros são confrontados desde infância com psicólogos que os tentam normalizar (...)”
	Objetivos terapêuticos no acompanhamento Trans		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) mais importante é haver espaço e o poder proporcionar um espaço, um espaço para que eles possam ser ouvidos, um espaço para que possam trazer a sua narrativa, a sua história sem qualquer tipo de preconceito ou discriminação, é um espaço de psicoeducação onde tento desconstruir determinados mitos que se

			<p>vão estabelecendo ao longo da vida.”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) informá-los o melhor possível e ritmá-los (...)” ▪ “(...) é dar espaço para que se possam exprimir e explorar e dizer tudo aquilo que têm a dizer e falar dos medos e das dúvidas.” ▪ “(...) o meu trabalho com estas pessoas é desconstruí-las e é prepará-las, é encontrarmos na relação terapêutica um novo modelo relacional, encontrarem em mim neste espaço, um espaço de segurança que possam mais tarde poder projetar para fora da relação terapêutica (...)” ▪ “(...) é criar um espaço de relação no qual possam pensar neste passado, mas também possam começar a projetar-se no futuro.” ▪ “Projetarem-se no futuro é estabilizarem dentro das estruturas familiares, estabilizarem dentro das estruturas sociais e laborais, é criarem um plano de vida, é perceberem que podem ser pessoa, não têm que ser um rótulo (...)” ▪ “(...) impor limites na relação com o outro, tem que se afastar de relações tóxicas que possam ser prejudiciais (...)”
<p>Relação Terapêutica</p>	<p>Aliança Terapêutica</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) são relações que se estabelecem com uma intensidade fora do normal porque muito cedo é necessário criar um elo de ligação, é necessário criar um laço de confiança, nós ao

<i>Relação Te- rapêutica</i>			<p>longo do processo de avaliação pegamos em áreas sensíveis e a pessoa vem também muitas vezes numa situação de vulnerabilidade e, portanto, este elo estabelece rapidamente e torna o processo bastante interessante”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Portanto aquilo que eu acho que é essencial é haver relação, ou seja, respeitar os ritmos e a autodeterminação do utente (...)”
		<p>Alterações da aliança ao longo do processo terapêutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) depende da agressividade da pessoa, depende do grau de agressividade da pessoa, mas geralmente não.” ▪ “(...) há desafios porque a pessoa vai-se confrontar com uma série de questões e vai ter que passar por um processo de transição social e esse processo pode criar alguns conflitos, mas na relação comigo e na relação terapêutica, não vejo alterações. ▪ “Alvo algumas raras exceções em que por exemplo a pessoa, se for um caso M to F, pode estar mais inclinado para procurar mais tarde uma psicoterapeuta mulher porque se sente mais confortável, porque procura também fazer alguns movimentos de identificação com uma mulher (...)”
		<p>Resistência no processo de mudança</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) as pessoas vêm num formato muito exploratório muitas vezes por medo, porque têm inconscientemente ou

<p>Relação Te- rapêutica</p>			<p>consciente, a noção de que iniciar o processo de transição sexual é ao mesmo tempo perder uma parte da vida delas, ou seja, é perderem a história delas (...)"</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ "(...) medo porque percebem que vão perder amigos, medo porque percebem que vão perder a família, medo porque sentem-se inseguros socialmente, porque sentem que a nível laboral vão perder oportunidades." ▪ "Vêm-me como um obstáculo e estou ali exclusivamente criar uma barreira para poderem iniciar o processo de transição."
	<p>Transferência e Contratransferência</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A minha preocupação é para que a pessoa esteja confortável e que haja um espaço onde ela se possa exprimir e ser, nunca vi como uma perda, nunca criei uma idealização ou uma imagem que muda a partir do momento em que eles começam a transitar."
<p>Adaptação Social</p>	<p>Desafios</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ "(...) deparei-me com muita fragilidade, deparei-me com muito isolamento (...)" ▪ "(...) confronta-se na adolescência com isolamento social, com Bullying, com bocas, com a rejeição do outro (...)" ▪ "(...) não há espaço socialmente, eu sinto que há

<p><i>Adaptação Social</i></p>			<p>cada vez menos espaço para pensar (...)"</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ "(...) existe uma grande pressão para que haja uma narrativa única, para que a pessoa transexual tenha uma única narrativa, "tens que ser isto, tens que passar por isto, tens de pensar nisto e ter sentido isto, porque se não, não és verdadeiramente transexual (...)" (...)" ▪ "Vivemos numa época em que termos que deveriam ser relativos à ciência, são usurpados e descontextualizados, desvitalizados e destituídos do seu significado e significância, tornando-se em falsos símbolos de revolução e poder, de ódio e preconceito" ▪ "(...) ainda há uma discriminação muito violenta, não é uma boca, não é uma provocação (...)" ▪ "(...) não, estamos a falar de agressões físicas, estamos a falar de violações, estamos a falar de abandono, pessoas que são postas fora de casa, pessoas que são agredidas por familiares, por estranhos, pessoas que são violadas na rua e humilhadas."
	<p>Serviços e Ferramentas Terapêuticas</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ "(...) por causa da quantidade de informação que existe hoje em dia, é algo ótimo esta informação, é ótimo haverem grupos de debate e grupos de apoio (...)"

<i>Adaptação Social</i>	Impacto do Acompanhamento Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “E aqui o psicólogo tem um papel fundamental porque era um psicólogo que estava a fazer isto e em vez de tentarem criar um espaço de relação e de aceitação (...)” ▪ “(...) e de repente tenho uma pessoa em sessão que já não parece um espetro, já não parece um fantasma, já parecia pessoa. E toda aquela sintomatologia associada à depressão, associada à ansiedade, tinha aligeirado profundamente e foi da noite para o dia.”
	Futuro LGBTQI+	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) ainda temos um largo caminho a percorrer e as associações ativistas têm um papel fundamental a prestar e esse papel deve ser o de desconstrução, na minha perspetiva, de desconstrução e de criação de espaços de diálogo (...)” ▪ “(...) eu acho que a mudança vai criar novas estruturas estáveis, a mudança estabiliza-se. Agora, nós temos que desconstruir obviamente aquilo que de tóxico existe nas construções de género e aquilo que existe de tóxico nas construções de género é a ideia de que o homem para ser homem, tem de ser de uma forma e a mulher para ser mulher, tem de ser de outra forma. Temos que desconstruir os mitos associadas às questões transfóbicas, homofóbicas, racistas, porque não fazem sentido e eu pus aqui o

		<p>racismo à mistura só para dizer uma coisa, que é: em biologia defende-se a ideia de que quanto maior a variabilidade genética dentro de uma espécie, maior a probabilidade que essa espécie tem de sobreviver e essa vivência do mais apto e não do mais forte. E eu vendo a estrutura social como uma estrutura orgânica, penso precisamente da mesma forma, quanto maior variabilidade existir dentro de uma estrutura social, maior a probabilidade dessa estrutura social sobreviver aos desafios do tempo.”</p>
--	--	---

ANEXO 6

Entrevista a Psicólogo Clínico da Associação Solidaria Casa-Qui

Dr. L

Entrevistadora: Vamos então passar para a entrevista! Ah...bom! Tu trabalhas para a Casa-Qui, que é uma associação de solidariedade social para com questões de identidade de género, orientação sexual. Gostaria de saber como é que decorreu este percurso, como foi isto para ti?

Dr. L.: Hum-hum, só relativamente à Casa-Qui ou ao meu processo nesta área?

Entrevistadora: Ah...os dois, sim!

Dr. L.: Os dois? Ok. Hum..., portanto, eu formei-me em psicologia em 2014 e sempre estive de certa forma ligado ao LGBT. Eu sou de lá de cima, sou da Póvoa de Varzim, portanto estive sempre ligado ao associativismo. Durante o meu curso fiz vários trabalhos nesta área, com vários professores e quando comecei a trabalhar, comecei numa área que não tem nada a ver com a que estou agora, comecei na área social, na área do envelhecimento. Depois, em 2017, ou 16, 17, fui a uma entrevista de trabalho aqui na casa-qui e não fiquei, fiquei em segundo lugar. No entanto, há três gabinetes de apoio à vítima a nível nacional, especializados em questões de LGBT e existe o centro Gis em Matosinhos, existe aqui em Lisboa o gabinete de apoio à vítima para a juventude LGBT na casa-qui e o serviço de apoio à vítima na ILGA Portugal. Então quando abriu uma vaga para o centro Gis, entrei, em 2018. Em 2019 - 2020 deixei de trabalhar no centro Gis e vim para Lisboa. Foi daí que houve a oportunidade de trabalhar na Casa-Qui na clínica social, ou seja, era psicólogo na clínica social e quando abriu vaga em psicologia, sem ser para prestador de serviços, não como psicólogo efetivo, mas formal com a casa-qui, eu passei em janeiro deste ano a trabalhar no gabinete de apoio à vítima na Casa-Qui.

Entrevistadora: Ok, boa. Estou a ver que foi algo que te acompanhou ao longo do teu percurso, este interesse. Mas como é que isto surgiu em ti? Este interesse pelas questões LGBT?

Dr. L: Eu acho que surgiu de uma forma um bocado autorreferenciada, ou seja, eu sou um homem gay, automaticamente isto sempre foi uma área que me deixou bastante sensibilizado e obviamente que me identifico com estas questões. Em segunda mão, na altura em que eu estudei, não foi há muito tempo, mas para estas questões já foi há muito tempo, ou seja, o que eu quero dizer com isto, não havia grande coisa. Não havia grande especialização, como agora também não existe, não existe grande formação, existe um ou outro mestrado de especialização, mas mais na área da sexualidade e tudo o resto, existem alguns recursos como livros na área da orientação sexual e identidade de género e...sempre foi uma área do meu interesse. Não só, depois percebi que a minha área de interesse é um bocadinho mais alargada e que tinha haver com a sexualidade de uma forma mais abrangente, com os afetos e com o estudo mais aprofundado do género, que é uma coisa que eu me depreendo agora. Mas efetivamente foi por aqui, ou seja, iniciou a partir de mim, mas depois percebi que é uma área que me dá muito prazer trabalhar, é uma área que gosto muito de aprender e é uma área que eu estou a trabalhar, inclusive por exemplo, a partir de 2021, em setembro, entrei agora no doutoramento nesta área no ISCTE, com a Dr. Catarina Moleiro.

Entrevistadora: Também já estive para falar com ela! (risos)

Dr. L: Exatamente (risos). Foi ela que me orientou no sentido de aprofundar um bocadinho mais certas áreas do meu interesse. Normalmente coincide com esta área da violência com as pessoas LGBT, é uma das áreas do meu interesse.

Entrevistadora: Hum-hum, no fundo também porque existe pouca visibilidade neste assunto, não é? E acaba por ser interessante estudá-lo mais a fundo.

Dr. L: Sim, sim, sim.

Entrevistadora: E tu especializaste com algum modelo de referência? Disseste que tiveste em psicologia social, mas entretanto –

Dr. L: Eu formei-me numa escola muito fechada em termos de modelos, ou seja, eu vim da Universidade do Minho, a Universidade do Minho é uma escola de psicologia bastante boa, mas muito cognitivista, muito cognitiva-comportamental. E foi a minha formação de base.

Entrevistadora: É a que tu aplicas?

Dr. L: É atualmente a que eu aplico. Está em transição (ri-se), o meu modo de trabalho também está em transição. Ou seja, porque despertei aqui um interesse mais aprofundado por outras linhas, apesar, mais uma vez, de estar relacionado com o meu próprio processo. O meu próprio processo terapêutico. Isto levou-me por outros caminhos e para me conhecer um bocadinho melhor eu faço psicanálise.

Entrevistadora: Ok.

Dr. L: Estou em processo psicanalítico e para mim na altura em que escolhi psicanálise e na altura que escolhi fazer acompanhamento, foi acerca de um ano meio.

Entrevistadora: Hum-hum.

Dr. L: Na altura escolhi por ser o oposto do que eu trabalhava, foi mais nesse sentido. E tenho aprendido muito, sobre mim próprio, sobre os modelos dinâmicos e tenho tido bastante interesse em aprofundar-me nos modelos dinâmicos. Atualmente se me perguntares como é que eu trabalho, eu trabalho maioritariamente com modelos cognitivo-comportamentais porque ainda não tenho, obviamente, nem o conhecimento teórico, nem a experiência prática para me aprofundar noutros modelos. Mas está aqui um processo de mudança. Por isso é sempre um bocado difícil para mim categorizar-me neste momento, por estar no processo de mudança.

Entrevistadora: Sim, claro. Sim até porque isto pode ser uma coisa que podemos ver do ponto de vista eclético, não é? Até pode ser algo que podes adequar mais tarde para o paciente, conforme aquilo que achares melhor.

Dr. L: Exatamente.

Entrevistadora: Mas...neste momento, a tua prática clínica dentro da instituição, é de quanto tempo?

Dr. L: Dentro da instituição, ou seja, na clínica social começou há um ano.

Entrevistadora: Há um ano, hum-hum.

Dr. L: No gabinete de apoio à vítima começou em janeiro deste ano.

Entrevistadora: Hum-hum, e durante este período de tempo em que tens vindo a acompanhar pessoas trans, no que toca à abordagem clínica que aplicas, não sei se sentiste alguma diferença entre a aplicação deste modelo nestas pessoas com questões de identidade e outras pessoas que não tivessem propriamente estas questões, ou se achaste mais, ou, menos eficiente.

Dr. L: Eu acho que é eficiente e considero que há aqui várias coisas que precisam de ser discutidas. Todos os modelos que se aplicam a estas pessoas, independentemente da linha que se utiliza, têm de ser sempre modelos afirmativos. Afirmativos da identidade, seja modelo com base cognitivo-comportamental, seja sistêmica, seja psicanálise. A tónica tem de estar aqui na afirmação da identidade, da orientação sexual, nas expressões de género. Porquê? Porque estas pessoas, acima de tudo, vêm de uma sociedade onde existem normas supra. Existe a heteronormatividade, a cisnormatividade, que efetivamente trazem para estas pessoas uma dificuldade muito grande delas se identificarem nos seus processos de desenvolvimento, na identidade de género. E às vezes existe muita confusão entre alguns termos e algumas questões, entre o que é a identidade e o que é expressão. A expressão é a identidade? E depois justifica-se a identidade pelos papéis de género e, entretanto, está tudo dentro de um caldeirão. Portanto, o que eu acho que é essencial, independentemente das abordagens que se tenham, é claramente delimitar muito bem estas definições. Vou-te dar um exemplo: a mim mete-me um bocadinho de impressão, alguém que se defina enquanto homem ou mulher ou não-binário, mas depois use para definir essa sua própria identidade, papéis de género. Com por exemplo: “ah, eu sou um homem trans porque quando era pequeno gostava de jogar à bola, ou gostava de brincar com carrinhos porque gostava de azul em vez do rosa.”

Entrevistador: Hum...ok.

Dr. L: Porque estamos a fazer aqui uma confusão enorme de conceitos, estamos aqui a confundir uma questão identitária, uma questão de identificação interna com papéis de género que são expostos externamente.

Entrevistadora: Hum-hum, sim estou a perceber.

Dr. L: Ou seja, aqui o que eu acho mais importante é criar estes modelos afirmativos, que explorem estas questões, que de certa forma informem estas pessoas, porque estas pessoas vêm muitas vezes com informação enviesada ou até sem informação. E perceber que aqui há duas situações diferentes, há o preconceito que elas vivenciam e há o estigma interno que elas também têm e é preciso trabalhar estas duas dimensões, o indivíduo versus o outro e o indivíduo internamente. Penso que são grandes esferas que precisam de ser trabalhadas, mas sempre numa postura afirmativa.

Entrevistadora: Então nesse caso, já que tocaste nesta questão dos papéis de género que são inculcados desde início, também dependendo da cultura, desde o início de desenvolvimento infantil e da criação do nosso género - sentes que para fazer esta afirmação em terapia teríamos que diferenciar os elementos externos dos internos?

Dr. L: Ah...ou seja, se nós percebermos o género...eu acho que para trabalhar estas questões é preciso perceber a história do género e a história a nível das antropologias e da sociologia do género, porque, por exemplo, eu normalmente costumo falar muito da Margaret Mead. A Margaret Mead, era uma antropóloga dos anos 30 que criou o conceito de “sex norme” e “sex rules” que seriam equivalentes atualmente às normas de género e aos papéis de género. Através desses dois conceitos, a Margaret Mead chegou à conclusão daquilo que tu me disseste, que varia um bocadinho de cultura para cultura, de sociedade para sociedade, essas normas e esses papéis. Mas eles estão na base de toda a nossa estrutura de género da nossa sociedade. Ou seja, todos nós, em termos de vivências de género, estaremos sempre algures entre a “Barbie” e o “Super-homem”. Se isto fosse uma curva de Gauss, nós estaríamos lá para o meio, perdidos, porque efetivamente nenhum de nós está nem na Barbie, nem está no super-homem, nós estamos todos no meio. E esta dimensionalidade do género é um contínuo que diverge, não com coisas estanques, porque o género não é estanque, nem nunca foi estanque. Porque se nós formos ler coisas sobre antropologia, coisas sobre sociedades antigas, se nós virmos em sociedades atuais que existem outras formas de identificar o género, percebemos toda esta...toda esta questão.

Entrevistadora: Sim, sim.

Dr. L: Toda esta conjuntura, ou seja, eu acho que é importante desligar isto, o externo do interno, mas também acho que é importante perceber alguns processos internos que podem decorrer ao nível da identidade, ok? Ou seja, não é que eu ache que na identidade há os falsos trans e os verdadeiros trans, mas há efetivamente algum trabalho, do ponto de vista psicanalítico, sobre a questão da relação com os pais e o impacto que isto tem ao nível do desenvolvimento da identidade, numa tentativa de aproximação ou oposição a alguma destas figuras que se pode transpor para aqui. Mas não sei, são formas de pensar, o mais importante acima de tudo, a meu ver, é nós enquanto terapeutas, conseguirmos fazer com que este processo seja um processo de autoconhecimento para a pessoa. Ou seja, a pessoa vem às vezes com uma certa narrativa e é muitas vezes a narrativa dela e nós temos que trabalhar com essa narrativa e perceber o que aquilo significa para aquela pessoa e tentar retirar estas camadas do preconceito, do estigma, para a pessoa conseguir ter uma vivência positiva daquilo que ela é, independentemente da sua identidade, independentemente do seu caminho, é o desenvolvimento de uma identidade positiva. Ou seja, eu acho que o objetivo máximo de qualquer terapia com pessoas trans é o desenvolvimento de uma identidade positiva, mesmo que depois a meio do caminho a pessoa perceba que já não é bem trans e que é uma pessoa cis, só que com outros problemas associados e está tudo bem na mesma! Nós não temos que andar com aquela questão dos trans e não trans, temos que ver isto de uma forma mais natural e tranquila, independentemente da identidade e da expressão.

Entrevistadora: Hum-hum. Sim, sem querermos etiquetar tudo.

Dr. L: O risco de etiquetar é as pessoas trans chegarem a um momento da sua transição e não se sentirem bem ou depositarem as expectativas. Isto é muito importante, as expectativas, porque muitas vezes as pessoas trans têm uma tendência natural - e eu entendo porque tem haver com o sofrimento interno que nelas opera - de suspender um bocadinho as suas vidas. Especialmente as pessoas que se identificam como transexuais e que estão a fazer os processos de transição. Essas pessoas têm uma tendência de interromper a vida e esperar que o processo aconteça e só quando tiverem as cirurgias, quando tiverem na terapia hormonal, quando tiverem uma expressão de acordo com a sua identidade é que vão recomeçar a sua vida. Só que isto são, 5, 6, 7, 8 anos, o tempo que for e, portanto, a pessoa parou 10 anos da sua vida, não fez nada. Criou a expectativa que aquele processo ia ser o “ex-libris” da sua vida e depois chega ao fim e há simplesmente um vazio esmagador, porque a expectativa que tinha de atingir, como não foi sustentada, como não foi criada com outras expectativas de vida - porque todos temos de ter

objetivos de vida e orientações para outras coisas - ficou um vazio. E às vezes este vazio é difícil, porque as pessoas trans, depois de fazerem isto tudo, deixam de ser pessoas. As pessoas têm problemas e as pessoas têm dificuldades, não são só as cirurgias e as transições que vão efetivamente resolver os problemas do mundo.

Entrevistadora: Hum-hum claro.

Dr. L: Às vezes existe este depositar de expectativas ideais e isto tem que ser muito bem trabalhado em terapia para impedir que este processo aconteça.

Entrevistadora: Hum-hum, isso faz-me sentido. Houve outra coisa que tu disseste que eu também queria pegar, que foi na questão da narrativa, portanto, a história de vida que a pessoa trás para terapia. Tu sentes que nesta narrativa existe algum diagnóstico que é mais provável nas pessoas trans?

Dr. L: Ah...sim. As pessoas trans devido ao estigma - isto está também relatado na literatura, relativamente ao estigma, seja o preconceito externo ou interno - tem uma tendência maior a ter aqui uma sintomatologia depressiva e ansiosa e se formos aos diagnósticos, às figuras de diagnóstico, grande parte delas relata e enquadra-se num diagnóstico de disforia, não é? Além de uma depressão major, uma perturbação de uma ansiedade generalizada. Ou seja, mas isto são os critérios alargados, eles também valem o que valem na prática e no dia a dia, como todas as categorias psicopatológicas.

Entrevistadora: Claro, sim, sim.

Dr. L: É muito comum, aparecer exatamente, mesmo que não complete todos os critérios, aparecer aqui a questão da ansiedade e da depressão em termos sintomatologias. Mas eu acho que acima de tudo, que a figura da disforia, a categoria da disforia, é muito pouco... lá está, vai um bocadinho pelos papéis e andamos aqui muito...

Entrevistadora: Polarizados.

Dr. L: É isso. É um bocado intransigente e é um bocado uma coisa do “o que é que é as identidades trans?”. Ou seja, sem contar que é uma medicalização total e uma patologização total de

uma coisa que deveria ser natural e uma expressão da nossa diversidade - porque somos tão diferentes todos uns dos outros em tudo o resto, somos loiros, morenos, porque é que nós, no género, temos de ser masculinos ou femininos?

Entrevistadora: Hum ok...e quando há uma pessoa trans que aparece - porque não tem de vir a consultório com disforia de género, não é? Podem estar já numa fase mais resolvida ou que ainda nem sequer despertaram para esta ambivalência, se calhar podem ainda não estar conscientes desta ambivalência.

Dr. L: Certo, certo. Ou podem ser simplesmente trans e não terem disforia.

Entrevistadora: Sim exato.

Dr. L: Podem não sentir mal-estar em relação ao próprio corpo, o corpo pode não ser aqui o ónus da questão.

Entrevistadora: Claro, por isso nesse aspeto, os objetivos terapêuticos que são trabalhados para com cada paciente são diferentes, porque nem sempre apresentam as mesmas problemáticas, apesar de ser a questão de género que está na mesa, não é? Mas, tu dirias que existe algum objetivo terapêutico comum de estabelecer através, por exemplo, destas intervenções afirmativas que fazem na casa-qui?

Dr. L: Eu acho que o mais importante é a pessoa encontrar, em termos de género e em termos de orientação sexual, um discurso que seja autêntico e que seja saudável e positivo. Independentemente da sua identidade, independentemente do caminho que seja, a pessoa tem que se sentir bem, ciente, conhecedora de si própria, ao ponto de perceber o que é que se está a passar com ela. Apesar da grande maioria das pessoas trans saberem quem são. O que às vezes pode acontecer, é existir muito nevoeiro nesse caminho e às vezes é preciso pôr um caminho de luz para estas pessoas se irem percebendo a elas próprias melhor e não terem que sair de uma caixa para entrarem noutra.

Entrevistadora: Hum-hum.

Dr. L: Às vezes é isto. O que acontece nas questões LGBT é que toda a gente anda com caixas, temos que nos definir em caixas e isto é um espetro não é propriamente uma caixa. Ou seja, as pessoas não têm de sair de uma caixa e meterem-se noutra, as pessoas podem efetivamente identificar-se e terem uma identidade positiva sobre elas próprias e viverem bem com essas características, que sejam confortáveis para elas.

Entrevistadora: Sim, eu acho que isso acaba por ser o mais importante de tudo, não é? Retomar o controlo sobre a vida sob algo que é imposto de uma forma tão normatizada e tão redutora. Portanto sim, acho que seria o objetivo ideal, retomar esse conforto na vida e qualidade de vida. No que toca - eu, queria por este tema, mas acho que é um tema um bocadinho delicado, que é sobre a relação terapêutica e sobre a aliança que se estabelece em terapia. Relativamente à aliança, que já implica uma certa confiança por parte da relação paciente-terapeuta, não é? Sentes que esta aliança pode ser perturbada quando existe uma mudança, portanto, quando existe uma transição do género, quando já concebeste uma imagem do teu paciente e depois vais ter que fazer também o processo de te desapegar de uma imagem masculina ou feminina para te adaptares àquilo que a pessoa se considera ser?

Dr. L: Eu percebo essa tua pergunta, mas eu vou partir de outra questão. Eu sou grande defensor da autodeterminação de género, enquanto terapeuta. Portanto, a pessoa pode ter uma expressão de género super masculina, mas se vem para a minha consulta e se me pede para lhe tratar com o género e com o nome que ela tem, eu desde o princípio crio esta relação com aquela pessoa sendo uma mulher ou um homem, como ela se identificou. Mesmo que depois, a meio do caminho, aquilo mude e mudemos outra vez para outro género. Ou seja, eu não sei se é pela minha experiência, que já tenho aqui alguma experiência no centro Gis, ou seja, já tenho experiência de 4, 5, 6 anos a trabalhar estas questões, que eu me habituei a esta flutuação. Ou seja, já não cria propriamente nenhuma tensão na relação terapêutica em si, na aliança a esta questão. Mas, todavia, o que eu sinto que cria e desestabiliza a aliança terapêutica é o julgamento da identidade. Imagina, se eu enquanto terapeuta - é por isso, que eu sou muito defensor da autodeterminação por uma questão: só consegues trabalhar as questões de género com uma pessoa se tu efetivamente a respeitares a nível da identidade. É o único ponto, porque se não, não há aliança, não há aliança nenhuma. É impossível criares uma aliança com uma pessoa trans, ou uma pessoa que está ali em exploração de género, é impossível criares uma relação terapêutica se não partires de um ponto de partida de respeito por aquilo que ela te está a dizer.

Entrevistadora: Hum-hum.

Dr. L: Porque se tu cortares à partida, logo de raiz, esta questão, tu vais perder a pessoa, não vais criar aliança. Então a pessoa está ali com um problema, um problema que é a não aceitação da sociedade, o estigma interno e vai para um local que devia ser um local seguro - acho que em todos os modelos a terapia tem que ser um local seguro e a criação de uma relação positiva, não é? Como é que ela vai partir disso, se lá dentro existe uma replicação do modelo externo, como é que tu chegas à pessoa a partir daí? Não chegas. E eu sou muito sincero, foi aí que eu me separei bastante de cognitivo-comportamental, do modelo cognitivo-comportamental, a nível de aliança terapêutica. Há muito aquela separação, há uma ausência quase de relação, ou seja, há uma assimetria grande entre eu e a pessoa e não se trabalha a relação. E eu acho que isto é um ponto central nas questões trans, ou seja, tu tens que trabalhar a relação, mais que trabalhar a pessoa, tens que trabalhar a relação.

Entrevistadora: Hum-hum.

Dr. L: É preciso criar um modelo de relação entre o terapeuta e a pessoa de modo a que a pessoa possa criar relações positivas e relações de proximidade e intimidade, que muitas vezes fica baralhado no meio destas questões todas, do ser trans. A pessoa acha que dizer que é trans e assumir-se como trans, já é autenticidade, mas depois percebe que autenticidade não é bem isto e intimidade nas relações não é isto. Ou seja, é preciso ter relação, é preciso ter algo próximo com as pessoas, obviamente limitado no tempo e no espaço, mas é efetivamente importante quebrar aqui a barreira que a cognitivo-comportamental cria, daí a minha cisão também com o modelo. A cisão está a acontecer por vários motivos e uma delas é a relação não me satisfazer clinicamente, esta relação clássica que o modelo cognitivo-comportamental tem para as pessoas trans. Porque é necessária outra ligação, uma ligação superior entre aquelas duas pessoas para conseguires guiar aquela pessoa. A pessoa tem tantas camadas e tantas camadas diferentes que é preciso estar ali a perfurar, que se não tiver uma relação de intimidade com a pessoa tu não vais chegar lá. Já existe muita camada em cima de camada, defesa em cima de defesa e é difícil depois de chegares lá se tentares ser neutro.

Entrevistadora: Sim, sim, sem te focares minimamente na empatia ou tentares empatizar com estas questões. Isso por acaso era outra questão que te ia colocar, mas visto que não é o teu modelo, não sei até que ponto é que faz sentido questionar a transferência, a contratransferência. Ou

seja, aquilo que sentes pelo conteúdo que é liberado pelo paciente e se alguma vez isto te afetou, do ponto de vista pessoal. Se te identificas com estas temáticas e até que ponto é que depois, não existe alguma influência no processo terapêutico.

Dr. L: Neste processo de contratransferência eu acho que o terapeuta vai tendo obviamente esta consciência de afetação de algumas questões, em termos emocionais. Há temas em específico, dentro destas questões que eu sinto que há alguma ressonância em mim sobre mim nestas questões. E lá está, os processos de empatia e de colocação, têm destas coisas, não consegues ser realmente empático se aquilo não passar também um bocado para ti. E para mim às vezes acontece e faz parte, quanto mais íntima é a relação terapêutica, mais espaço existe para estes processos de contratransferência, porque estás a criar uma relação mais próxima e eu sinto muito isto naquelas terapias que já estou há mais tempo, nas terapias que já conheço melhor a pessoa, em que já temos uma relação de maior intimidade.

Entrevistadora: Hum-hum.

Dr. L: Porque de certa forma vai passando um bocadinho para mim.

Entrevistadora: Hum-hum, então nesse aspeto acaba por ser com base na intimidade que tu crias durante o processo e tu achas que...ou seja, aquilo que eu estou a entender da tua experiência é que tu de facto já tens uma certa permeabilidade para estes acontecimentos e para com o fenómeno da transição porque também já és mais sensível em relação a estas temáticas, já trabalhas há mais tempo e já tiveste mais contacto com estas pessoas então se calhar já vês esta flutuação, como disseste, de uma forma mais normalizada.

Dr. L: Hum-hum.

Entrevistadora: O que é ótimo, não é? Dessa forma já não existe tanto esse atrito no processo. Mas eu queria perceber o teu ponto de vista, porque é isso que me interessa perceber - qual é o ponto de vista do terapeuta. Sendo que o teu ponto de vista também é a tua avaliação perante o paciente. Tu vês, nesta transição, alguma resistência no paciente para abdicar da imagem se calhar conformada que tinha de si antes?

Dr. L: Claro que sim. Apesar de eu achar que há aqui um fator geracional brutal nessa questão. Eu vejo que os jovens - e também, obviamente, por toda questão de representação de vida - são mais facilmente capazes e sentem-se mais preparados para abdicar desses papéis e de tudo o resto, enquanto, as pessoas já mais velhas - porque há pessoas que se identificam como trans mais velhas e começam aqui o processo mais velhas. E essas pessoas, a grande dificuldade delas é exatamente isto, abdicar dos vários papéis que elas vão tendo na vida e isto tem um impacto muito grande na terapia. Eu lembro-me por exemplo de pessoas trans casadas e com filhos - porque existe um papel familiar, o papel de pai, o papel de mãe, o papel de cuidador e isto interfere muito no trabalho da relação. Aí situação tem uma dimensão diferente do que um rapaz com 16 e 17 anos que se esteja a debater sobre as questões trans, mesmo a nível da representação social. Se estivermos a falar de uma pessoa de 40 e tal anos que sempre teve uma expressão de um papel de género masculino na sociedade, que aos 44 anos, finalmente, vai procurar apoio a nível psicológico para pegar numa questão que sempre teve lá, mas que essa pessoa se esforçou tanto para esconder, quando chega à terapia há muitas dúvidas, há muita resistência, há resistência abismal a tudo isto. E estes processos são os mais difíceis e são os mais longos, acima de tudo, ou seja, todas as mudanças nestes processos são muito graduais. Eu lembro-me, por exemplo, de um caso em particular que era isto: era uma pessoa que se tinha identificado para a sociedade enquanto homem, ah...tinha 40 e qualquer anos, era casado com uma mulher, tinha uma filha de 4 anos e veio à consulta na primeira vez a pedir ajuda porque estava qualquer coisa de muito errado com ele, porque ele achava, sempre achou aliás, que era uma mulher e que agora isto tinha ficado insuportável porque ele, ela portanto, já não conseguia fazer de conta, mas entretanto fechou os olhos durante tanto tempo para isto que construiu uma vida que era uma fantasia para ela. A vida que ela vivia era a fantasia dela.

Entrevistadora: Uau.

Dr. L: E isto cria muita resistência, porque qualquer passo que foi trabalhado com esta pessoa, foi um passo difícil. Foi a questão da culpa, da mentira, da usurpação de papéis. Isto é uma coisa que tem um peso muito grande e uma resistência muito grande em termos terapêuticos.

Entrevistadora: Hum...e nesse caso, por exemplo, para além do desapego desse papel que a pessoa já assumiu e que acabou por ser parte de uma moldura, um constructo esqueleto da própria pessoa, quais é que achaste que foram as principais dificuldades que a pessoa via?

Mesmo no aspeto sociocultural, no aspeto mais amplo. Ou, quais são as dificuldades que tu sentes que te trazem a consultório?

Dr. L: A questão do laboral, ou seja, como é que em termos laborais vão reagir a esta questão, há uma grande barreira aqui. O familiar alargado, os pais, as mães, que, entretanto, tem uma visão que já se habituaram a tudo isto. A relação atual, uma que ela vai dizer à esposa que não se sente como um homem e sempre foi uma mulher. Ou seja, há barreiras a todos os níveis. Estou-me a lembrar destas porque são os sistemas onde a pessoa está envolvida. Mas se a pessoa estiver envolvida num ciclo qualquer, numa associação qualquer, é mais um, porque cada ciclo que há, onde a pessoa esteja inserida socialmente, é mais uma barreira e isto tem um peso. E isto tem um peso que só levou esta pessoa a trabalhar estas questões aos 40 e tal anos. Porque há sempre ciclos que a impediam de “ah...não”, “ah ainda não é tempo”, “ah ainda não, ainda não” e depois vamos fazendo contas e quando tudo fica demasiado é que vamos tentar procurar ajuda. Há muitas questões e eu lembro-me que esta pessoa tinha uma questão particular muito engraçada que era: “eu só irei dizer às pessoas e assumir o nome” - com que ela depois se identificava - “quando as pessoas olharem para mim e virem uma mulher, porque enquanto o mundo me vir enquanto me vê, eu não sou capaz de fazer este passo”. Ou seja, muito esta questão de...eu lembro-me dela dizer: “mas eu tenho espelho, eu sei como é que o mundo me vê!”.

Entrevistadora: Hum, ok, estava a fazer a correspondência do corpo físico com aquilo que é...

Dr. L: Neste acaso havia. Às vezes eu tento desconstruir estas...questões, porque tu podes sentir-te bem enquanto trans, sem ter que haver aqui uma conformidade com o mundo externo, porque o que interessa é o teu mundo interno. É efetivamente mais importante tu estares bem contigo próprio e depois encarares o mundo, do que tu estares ali a tentar mediar a situação até que seja mais fácil confrontar o mundo.

Entrevistadora: Hum ok, pois isso é muito interessante. Se calhar já pega na questão da expressão do género, não é? E como é que se concilia a forma de como é que eu me expresso, sei lá, com a minha roupa, com o meu cabelo e tudo mais, com a minha identidade. Como é que as coisas se podem emparelhar sem ter que ser exclusivas uma da outra, não é? É como tu disseste, o interno deveria ser a essência das coisas e não necessariamente só depender do físico e isso é

muito importante. Mas tu sentes que nesse caso que utilizaste como exemplo, houve um percorrer de etapas específicas para chegar a este momento de transição? Ou achas que é uma coisa um bocadinho mais arbitrária e vai sempre depender da pessoa? Se bem que pronto, isso é sempre um bocado relativo.

Dr. L: Obviamente que depende sempre da pessoa, mas claramente que o primeiro passo impreterivelmente está na pessoa perceber aquilo que é e ela própria aceitar aquilo que é. Esse é o primeiro passo. Depois as outras esferas, vão à sua velocidade e às vezes há pessoas que têm algum à vontade para falar da família antes do emprego, ou às vezes do emprego em vez da família, isto vai mudando de pessoa para pessoa. Mas o que é transversal a toda a gente é o limar aquilo que elas são, ou seja, perceberem fora estas questões dos papéis de género quem é que elas são e é isto que se faz em terapia supostamente, não é? Nas outras questões também, em todas as questões, é uma questão de perceber porquê é que somos assim e tentar desconstruir algumas coisas.

Entrevistadora: Portanto, tu que estás dentro desta instituição, da casa-qui, existem ferramentas que são deliberadas no propósito do acompanhamento trans? Não sei se existem atividades que são dispostas para trabalhar em conjunto, ou em paralelo às consultas psicológicas que teriam contigo. Ou seja, atividades que podias propor ou aconselhar que seriam até benéficas para a pessoa. Vocês têm outras atividades?

Dr. L: Nós casa-qui não temos, mas por exemplo na ILGA...nós trabalhamos muito em rede. E a ILGA tem atividades, tem o centro comunitário que, entretanto, por causa do covid, esteve meio parado. Mas tem o centro comunitário LGBT, que tem várias atividades lá a decorrer. Uma coisa que eu aconselho muito a estas pessoas é falarem com outras pessoas trans. Porquê? Porque nós sabemos que em termos de trajetória de vida, as pessoas estão muito isoladas. Ou seja, a trajetória de vida das pessoas trans estão muito isoladas. Porque ao contrário do que acontece com outras minorias discriminadas, as pessoas que vêm da comunidade LGBT, não nascem na população LGBT. Se nós pensarmos, por exemplo, nas pessoas negras ou na comunidade cigana, que são outros grupos discriminados, estamos a pensar que os jovens ciganos normalmente nascem na comunidade em que estão inseridos, mesmo que a comunidade seja mais excluída e mais discriminada. As pessoas LGBT não e isto tem dois impactos, precisamente ao nível do isolamento delas ao longo da vida, porque elas vão-se sentido sempre à parte das outras pessoas e das famílias e dos grupos e tudo resto. E depois há a questão da própria

invisibilidade destas questões. Quando estão todos isolados, não é mesma coisa que terem uma comunidade isolada e isso questiona muito a comunidade LGBT, exatamente por isso, onde é que está aqui o sentimento de comunidade? Vêm de sítios diferentes, têm aqui uma questão cultural subjacente, a única coisa que os une a todos e a todas é a orientação de género e a identidade de género, orientação sexual ou expressão não normativas. É a única coisa que os liga, porque tudo o resto é diferente. É difícil criar este sentimento de pertença, mas o que é importante e isto, por dizer que isto é um serviço essencial, haver grupos de partilha entre estas pessoas, para que estas pessoas possam conhecer outras pessoas que estejam a passar ou que já passaram por estes processos de forma a que consigam criar redes de apoio. Para conseguirem conhecer e perceber que não são casos únicos e que não são malucos, nem doentes. Ou seja, para que exista uma identificação com outras pessoas. Eu acho que isso é um dos serviços que eu encaminho sempre e a ILGA, tem efetivamente grupos de apoio para pessoas trans e grupos de apoio para pessoas gays e pessoas lésbicas. Ou seja, tem vários grupos a decorrer e são grupos informais, as pessoas reúnem-se e escolhem o tema e falam todos sobre esse tema, um bocado neste formato.

Entrevistadora: Então, na tua visão, tem que existir um trabalho multidisciplinar no que toca a esta adaptação, aceitação, integração e eu percebo que parte disso faça sentido começar pela partilha de ideias entre uma comunidade que se identifique da mesma forma. Mas gostaria de perguntar-te, de um ponto de vista pessoal, o que é que tu achas que são os desafios para o maior ganho de sensibilidade e consciência para com a pluralidade das questões de género, para com... não sei, esta visibilidade, o que é que achas que ainda precisa de ser feito, o que achas que já está a ser feito que contribui para isso?

Dr. L: Olha nos últimos 10, 20 anos houve muita coisa boa que foi feita, desde o desenvolvimento legislativo e os quadros legais que foram alterados que veio a proteger as pessoas LGBT. Desde a aplicação da lei de educação sexual nas escolas, das aulas de cidadania, trabalhar estas questões no âmbito da cidadania e no âmbito dos direitos humanos. Agora outro ponto que não está a ser feito e eu não vejo movimentos a serem feitos e acho que é crucial é: formar os profissionais nestas áreas. Ou seja, eu estou a ver isto no pós-universitário, ou seja, eu estou a ver isto com financiamentos de fundos comunitários europeus para a formação de públicos estratégicos no âmbito da orientação sexual e identidade de género. Mas não estou a ver isto nas universidades, efetivamente, de psicologia, de medicina, de enfermagem, de serviço social, a trabalharem estas questões naquilo que deveria ser o tronco comum, independentemente da área

que esses profissionais optassem depois por fazer. Acho que é tão importante um psicólogo que vai para recursos humanos ter noções básicas sobre esta área, como um psicólogo que vai para as escolas, aliás considero obviamente mais importante o psicólogo nas escolas e clínico, mas percebes? Independentemente do que o pessoal vá fazer posteriormente é essencial que exista uma formação mais holística e não é só neste nível, é ao nível da sexualidade, que eu acho que há ainda um tabu, um puritanismo relativamente ao ensino da sexualidade, mesmo em cursos como psicologia. E eu vejo isto em vários cursos, em várias universidades diferentes, sejam elas conceituadas ou não, que existe ainda uma resistência tão grande de abordar estas questões e de abordar as coisas como elas são...da sexualidade, da intimidade, essas questões todas que compõem isto, que estas coisas ainda faltam. Ou seja, está a ser feito a nível escolar, ok, é o mínimo que devia ser feito, mas ok está a ser feito, há formação de profissionais, mas eu não estou a ver as universidades que deviam dar o exemplo, porque a academia efetivamente devia dar o exemplo. Porque a academia supostamente é onde está concentrado o desenvolvimento da investigação e de tudo o resto, deviam dar o exemplo das boas práticas e se não são as faculdades de psicologia, de medicina e de enfermagem a fazê-lo, estamos à espera do quê? Que seja as engenharias e as gestões a dar o passo?

Entrevistadora: Pois claro.

Dr. L: Têm que ser efetivamente as escolas, que lidam com pessoas.

Entrevistadora: Sim e que não seja dentro de um sistema binário, não é?

Dr. L: Exatamente, ou seja, que seja uma visão mais integral do que é que é o género e o estudo do género, como uma coisa que se calhar é importante o pessoal da psicologia perceber como é que funciona, visto que estamos em sociedade e é uma camada dentro da sociedade.

Entrevistadora: Sim, sim, sem dúvida. E digo-te que viemos de escolas diferentes, a minha escola é mais dinâmica e nesse sentido sempre senti, por exemplo, que existe uma necessidade...não é uma necessidade, mas existe uma associação muito mais patológica para com tudo aquilo que divirja desta noção tradicional do sexo, do género, destas questões. O que acabava por ser um bocadinho difícil de desconstruir, não é? Porque já vens com estas noções pré-concebidas e internalizadas. E quando não te apresentam outras oportunidades, outras perspetivas,

o trabalho acaba por ser teu, mas lá está como tu disseste, as próprias instituições têm que ter esse trabalho, não é? Têm que ser o veículo de divulgação de informação.

Dr. L: De mudança.

Entrevistadora: E de mudança, exatamente! Pronto, entretanto, fizemos aqui uma horinha de entrevista, (risos).

Dr. L: Certo (risos).

Entrevistadora: Não sei se queres acrescentar mais alguma coisa que aches importante em relação a este tema.

Dr. L: Não, assim de repente, acho que já falámos das questões mais importantes. Mas também, qualquer questão podes voltar a contactar. Se te lembrares de alguma coisa podemos voltar a conversar sem problema nenhum.

Entrevistadora: Pronto! Nesse sentido, muito obrigada por isto. Foi muito interessante ouvir a tua perspectiva e vai ser muito útil para o meu trabalho.

Dr. L: De nada, sem problema!

Anexo 7

Entrevista Psicóloga Clínica ILGA

Dra. S

Entrevistadora: Olá boa tarde novamente! Então, a Dra.S está na ILGA a trabalhar, a ILGA que é uma associação de integração LGBTQI. Gostaria que me falasse um bocadinho sobre o trabalho que faz na ILGA, o progresso e o processo que a fez chegar a esta associação...

Dra. S: Ok, então, a ILGA é a associação LGBTQI mais antiga do país, ela começou com a necessidade que existia e que ainda hoje existe, em menos escala, mas que ainda continua a existir, de igualdade de acesso a direitos para todas as pessoas, numa altura em que o casamento ainda nem era permitido para pessoas do mesmo sexo. E portanto, vem nessa sequência, de haver aqui uma componente ativista no acesso à igualdade de direitos e também de haver um espaço em que pudessem estar e conviver, uma vez que em 1995, que foi quando a ILGA iniciou e depois se consagrou em 96, não existiam espaços *friendly*, não existiam espaços para todas as pessoas e portanto a ILGA surge nesse sentido. Hoje em dia é muito mais do que era quando começou, quando começou era num fundo um grupo de amigos que decidiu dar início à ILGA, hoje em dia é muito mais, tem serviços estruturados, tem um staff que trabalha todos os dias na ILGA, coisa que não acontecia porque era feita com o voluntariado das pessoas, hoje em dia não. E, portanto, temos vários serviços, o serviço de apoio psicológico, o serviço de apoio à vítima, o departamento jurídico, o serviço de apoio social, depois temos também o centro LGBT, que é este lado mais comunitário, que sempre existiu para além do lado ativista. Portanto em termos de serviços, este serviço de apoio psicológico, que é o que nos trás aqui, ele é bom...recente, tem cerca de...vai fazer 10 anos, creio eu e, portanto, começou numa lógica de apoio às pessoas, inicialmente os pedidos tinham muito haver com a família, trabalhar as próprias questões de homofobia, transfobia e bifobia internalizadas. Hoje em dia, os pedidos estão mais relacionados com questões de identidade, mais do que com orientação, apesar de continuarmos a ter pedidos relacionados com questões de orientação sexual, porque também sabemos que o facto de existir o estigma, a discriminação, o stress minoritário em populações neste

caso, LGBTQI, faz com que haja um acréscimo de questões a nível de saúde mental, nomeadamente a sintomatologia ansiosa, depressiva, por isso faz todo o sentido existir um serviço direcionado.

Entrevistadora: Hum-hum.

Dra. S: O que me levou à ILGA? Foi: eu comecei como voluntária na associação e depois fiz o meu estágio académico e depois fiz o meu estágio para a ordem e, portanto, fui ficando, até hoje.

Entrevistadora: Ok e neste momento está há quanto tempo?

Dra. S: Ora bem...como staff estou desde 2015.

Entrevistadora: 2015 a contar com o voluntariado e depois com o prolongamento –

Dra. S: Não o voluntariado foi antes.

Entrevistadora: Ah foi antes!

Dra. S: Sim, como staff estou desde 2015.

Entrevistadora: Ok então desde 2015 na realização das consultas psicológicas com a comunidade ok. Então, nesse sentido do que a levou até à ILGA, gostaria de saber qual é que o seu modelo de referência, se existe algum modelo mais específico ou que seja mais utilizado para o acompanhamento LGBT.

Dra. S: Sim é o modelo de terapia afirmativa, que é específico para o acompanhamento de pessoas LGBTQI+. Ainda hoje a APA, a American Psychologist Association, lançou uma terceira versão das *guidelines*, portanto do acompanhamento de pessoas LGBTQI+ e portanto sim, o modelo, é o modelo psicoterapia afirmativa que vem pôr o foco não na orientação sexual, afirmando que não há nada de errado com a orientação de uma pessoa que não for uma orientação hétero-normativa, ou uma identidade que não seja a identidade designada ao nascimento

ou congruente com o sexo designado ao nascimento. O foco está no estigma e na discriminação em que as pessoas são vítimas pelo facto de não terem uma orientação hétero-normativa ou de não terem uma identidade de género que lhes foi designada ao nascimento. Portanto, o problema não está na orientação sexual ou na sua identidade de género, está no estigma que ela vive pelo facto da sociedade ainda não reconhecer a sua orientação ou a sua identidade como sendo válida e positiva e portanto, a problemática está aqui. Eu digo muitas vezes às pessoas que acompanho que não eram elas que deviam estar ali comigo, eram as pessoas que lhes fazem Bullying, eram as pessoas que as discriminam, as pessoas homofóbicas, essas assim deviam estar ali comigo. As pessoas não têm nada de errado, mas como vivem este estigma, como vivem estas situações de vitimização, de Bullying, discriminação por parte da família, no local de trabalho, discriminação no acesso ao mercado imobiliário, sei lá, tantas coisas.

Entrevistadora: Sim, sim.

Dra. S: No acesso à saúde, as terapias de conversão, portanto, há conta de todas estas agressões de que as pessoas são vítimas é que depois desenvolvem quadros a nível da saúde mental.

Entrevistadora: Portanto, aqui o objetivo seria aplicar os modelos de terapia afirmativa para um processo de autodeterminação, para validar exatamente essa....

Dra. S: Sim, para que a pessoa desconstrua essa homofobia, biforia, transfobia internalizada e construa um discurso positivo, uma narrativa positiva sobre quem é. Nesta lógica de que ela é válida sendo quem é e não precisa de mudar nada porque não há nada para mudar. Ou seja, nesta lógica do orgulho em oposição à vergonha, de criar este discurso positivo sobre si, esta autoimagem positiva.

Entrevistadora: E existe algum diagnóstico que seja mais associado às pessoas que vêm com estas questões de identidade de género?

Dra. S: O único diagnóstico que pode existir é a disforia de género, ser trans não é um diagnóstico.

Entrevistadora: Sim, sim, mas associado por exemplo por efeitos secundários, estas questões das depressões e tudo mais.

Dra. S: Sim, sem dúvida nenhuma. Depressão e ansiedade são diagnósticos que vemos colados muitas vezes às pessoas LGBTQI+, mais uma vez, não por serem pessoas LGBTQI+, mas por todas as agressões das quais são vítimas. Nós sabemos que os jovens LGBTQI+ têm mais sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva, mais consumos do que jovens héteros cis, portanto sim, existem quadros que são tipicamente associados, “tipicamente” enfim, que nós verificamos em termos de proporção, jovens LGBTQI+ têm sim mais propensão a ter este tipo de diagnósticos por tudo isto que já falámos, não é? Pelo estigma, pelo stress minoritário, etc, etc, por consumos também, ideação suicida, são quadros que nós vemos associados a pessoas LGBTQI+.

Entrevistadora: Pois, sim... estava a falar da disforia de género, é comum aparecer pessoas nesta fase de conflito, de ambivalência? Ou já vêm com um propósito mais direcionado quando vêm trabalhar as suas questões da sexualidade e de identidade?

Dra. S: A disforia de género é referente a pessoas trans não é, disforia...ou eventualmente a pessoa intersexo, mas a disforia surge em pessoas trans pelo facto de sentirem uma incongruência entre o sexo que lhes foi designado ao nascimento e a sua identidade de género. Ou seja, pode ser aquela lógica de que o corpo não corresponde à sua identidade, ou seja, o corpo pode ser um foco de angústia, nem todas as pessoas trans têm disforia, atenção. Mas para muitas pessoas trans de facto, o corpo é um foco de angústia, para um homem trans ter a menstruação é uma angústia, porque é um lembrar mensal de que o corpo não corresponde à sua identidade de género. As mamas por exemplo, é um foco de angústia para muitos homens trans e muitos rapazes trans e portanto, quando o corpo é este foco de angustia, há este diagnostico de disforia de género que é depois o que também permite que as pessoas tenham acesso aos cuidados de saúde que lhes permitem que as pessoas tenham acesso às terapêuticas hormonais, as cirurgias que queiram fazer, para adequarem o corpo à sua identidade.

Entrevistadora: Hum-hum, sendo que este acompanhamento deriva muito de um contexto social, de um contexto familiar, existe também uma necessidade de intervir a nível sistémico?

Dra. S: Hum-hum, isso era o objetivo, mas nem sempre é possível. Mas sem dúvida nenhuma, até porque nós começámos por ser um serviço direcionado para as pessoas LGBTQI+, hoje em

dia chamamos um serviço direcionado para as pessoas LGBTQI+ e também para as suas famílias, porque de facto a envolvência do sistema em que a pessoa se insere é de facto fundamental. Envolver a escola, envolver a família, o grupo de pares, porque lá está, os estudos também nos indicam que pessoas que têm apoio familiar, ou apoio do sistema no qual estão envolvidas, têm muito propensão aos tais diagnósticos de depressão, ansiedade, etc, do que pessoas que não tenham este tipo de apoio. Portanto, sempre que possível nós tentamos envolver o sistema, já temos bons exemplos de pais e de mães que nos contactam porque notam que os filhos ou as filhas, são trans ou não são heterossexuais e nos contactam no sentido de “o que é que eu faço? Eu quero fazer o melhor para o meu filho ou para a minha filha, o que posso fazer para promover o bem-estar do meu filho ou da minha filha?”.

Entrevistadora: Ótimo!

Dra. S: Para fazer esta mudança ótima a acontecer. Isto são os bons exemplos, não é? Depois existem outros casos em que isto não acontece e que é muito difícil envolver o sistema. Nós na ILGA temos aqui uma dificuldade, porque ao mesmo tempo que sentimos que é importante trabalhar com a família, até porque muitas vezes a discriminação que vem da família, a homofobia, a bifobia, a transfobia, vem também de um sítio de desconhecimento que são estas realidade e, portanto, é fundamental fazer aqui uma psicoeducação com a família, quando existe essa disposição. Ah, por outro lado, se a família é agressora, custa-nos muito fazer aqui este trabalho de mediação porque por exemplo nós sabemos que não existe mediação familiar em caso de violência doméstica e aqui não é assim tão distinto porque é que vamos fazer no trabalho de mediação quando esta família é agressora e está aqui a colocar esta pessoa LGBTQI+ em risco? Ficamos assim muito ambivalentes, porque por um lado achamos que é importante sim fazer este trabalho de psicoeducação, por outro, não se faz trabalho de mediação entre vítimas e agressores, portanto temos de fazer uma avaliação muito clara sobre as famílias sobre as quais vamos intervir e perceber se o que estamos a fazer é revitimizar a pessoa LGBTQI+, nesse caso, não vamos trabalhar com a família, ou se de facto a família tem disposição para acolher e respeitar elementos da família que é LGBTQI+ e nesse caso nós fazemos esse trabalho sistémico, sim.

Entrevistadora: Certamente que este trabalho também vai ser um bocadinho dependente das faixas etárias. Não sei se..., portanto, quando falamos de uma família que é abusiva e que tem estes atos de negligência para com a própria pessoa trans ou que tem uma orientação diferente,

que pertence a esta comunidade, nesse caso vocês têm então o tal serviço de apoio à vítima que poderá dar esta rede de apoio para estas situações mais específicas?

Dra. S: Sim, quando são situações deste género, nós podemos até sinalizar para a CPCJ, se for uma pessoa menor de idade, intervimos obviamente, mas temos que sinalizar porque estamos mediante um crime com uma pessoa menor de idade, portanto temos que fazer essa sinalização. Por norma os casos que mais nos chegam, curiosamente não são pessoas menor de idade, até porque muitas vezes não têm autonomia para chegar até nós e não é a família que vai chegar até nós certamente, se é agressora. Normalmente quem chega mais são os jovens adultos, portanto ali nas casas dos 20's, em que estas da sexualidade estão muito mais ativas, não é? Portanto existe aqui também uma necessidade de autonomização, ou porque saem das suas zonas de residência para irem estudar para a universidade ou porque querem começar a trabalhar ou porque uma série de coisas e começam a explorar muitas mais as suas orientações e as suas identidades. E fica mais visível para as famílias as suas relações ou a própria identidade e começa a necessidade de intervenção.

Entrevistadora: Hum..., portanto, tendo em conta que as pessoas que recorrem a apoio psicológico, já vêm neste sentido de emancipação, se calhar já numa fase onde as coisas já estão um bocadinho mais à flor da pele, em paralelo com esta questão autonomização - o comum é as pessoas que recorrem a este apoio virem com uma queixa muito direcionada ou vêm no sentido de desamparo de tentar conceber algum tipo de estrutura naquilo que estão a pensar? O que é que costuma ser um padrão comum entre as pessoas que têm estas questões de identidade de género, como motivo de consulta?

Dra. S: É uma ótima pergunta. Nós temos muitas pessoas que nos chegam já muito conscientes da sua identidade e, portanto, aquilo que querem é avançar com o processo de transição. E precisam de ajuda para começar com esse processo de transição, às vezes ajuda para contar à família, às vezes ajuda para ter acesso aos cuidados de saúde que precisam para dar início ao processo de transição ou ao procedimento legal que é necessário fazer, portanto não sabem como fazer e procuram-nos nesse sentido. Portanto a grande maioria já vem muito consciente de quem é e nós não fazemos nenhum tipo de trabalho, a pessoa já sabe quem é e nós só validamos quem a pessoa é. Mas em menor número surgem as pessoas que ainda estão muito ambivalentes. Agora a questão é que as pessoas procuram a ILGA e nós somos uma associação de

peças LGBTQI+, portanto as pessoas quando nos procuram já têm um grau de certeza sobre estas matérias. Talvez se fossemos um serviço mais generalista pudéssemos encontrar pessoas já num estado mais inicial deste, como nós chamamos no processo do “transgender imergence”, que são estes passos que as pessoas dão entre a primeira fase, que é a fase de confusão entre quem é que eu sou, até há síntese identitária, que já tem o processo de transição feito, já está tudo tratado. E quando esta pessoa está nesta primeira fase, nesta fase de confusão, talvez não seja a ILGA, o sítio onde ela vai procurar, porque ainda está numa fase muito inicial e às vezes ainda há aqui uma ideia de rejeição da própria ideia de ser trans, portanto não vão procurar a ILGA, vão procurar outros serviços mais generalistas. Quando nos chegam pessoas num passo mais à frente, do que esse espaço de confusão ainda, vêm num processo de mais “reach-out” de tentar perceber outras pessoas trans, conhecer outras pessoas trans, falar com alguém que perceba o que é que isto de ser trans, vêm mais nessa fase.

Entrevistadora: Eu gostaria de fazer uma ponte de ligação com esta questão, porque tenho curiosidade sobre qual é o papel da resistência neste início de procura de apoio psicológico: como é que se desconstrói esta resistência para com a própria identidade? E como é que isto afeta o próprio terapeuta, do ponto de vista de transferência, contratransferência?

Dra. S: Em primeiro lugar é perceber de onde é que vem essa resistência, essa resistência é fruto de transfobia internalizada? Porque nós também internalizamos.

Entrevistadora: Exato.

Dra. S: Nós não vivemos em bolhas não é, nós internalizamos homofobia, que existe de forma sistémica na sociedade, internalizamos a transfobia, que existe de forma sistémica na sociedade. Apesar de aos pouquinhos já começar a haver maior representatividade de pessoas trans, nos filmes, nas séries, na comunicação, ou seja, já começamos a ouvir falar sobre pessoas trans, ainda assim ainda é muito associado àquela ideia da vítima, do pobrezinho.

Entrevistadora: Ou ridicularizado.

Dra. S: Ou ridicularizado e, portanto, eu não quero ser essa pessoa e, portanto, essa resistência muitas vezes vem daqui, desta internalização da transfobia e do que é que significa, o que é que isso vai significar? O que é vai significar a partir do momento em que eu verbalizar que não

sou a Maria que todos conhecem, mas que sou o João, o que é que vai significar nas minhas relações. Eu vou perder pessoas no caminho, portanto muitas vezes este “double-bind”, esta ambivalência que está na origem da resistência, que é a transfobia internalizada que a pessoa tem, não é? Porque há a ideia que eu vou ser para sempre trans, eu agora sou vista desta forma, mas se eu der esta passo, eu vou ser para sempre trans e portanto, que não vai! Atenção! Mas as pessoas constroem esta ideia. E, portanto, é uma mudança muito grande a todos os níveis e depois é pensar como é que vai ser no meu local de trabalho, como é que vai ser nas minhas relações amorosas, como é que vai ser se eu quiser ter um projeto de parentalidade, como é que vai ser o meu futuro. Portanto todos estes medos, estes receios, que são válidos, aumentam aqui a resistência e é importante desconstruir isto com a pessoa. É preciso que a pessoa saiba, ou seja, não vamos fantasiar e romantizar isto. Há relações que se vão perder sim, vão haver dificuldades sim, mas também é importante que seja transmitido à pessoa para que ela consiga...

Entrevistadora: Gerir.

Dra. S: Agir de forma informada, sobre o seu próprio processo não é, porque nós sabemos que muitas vezes a pessoa nem está à espera e é importante respeitar os tempos da pessoa e ir estando com ela, o que é esta transfobia internalizada, desconstruindo que não vai ficar comprometido só pelo facto de ser trans e dar bons exemplos de pessoas trans, que são modelos positivos, que estão felicíssimas por terem realizado o seu processo de transição e que obviamente que houve coisas que correram menos bem, muitas pessoas que se perderam pelo caminho, mas que de uma maneira geral as coisas correram bem. Não são sempre aquela vítima ou aquela pessoa triste e infeliz e que acaba por se suicidar, não! As histórias não acabam todas assim, há histórias felizes, portanto também é trabalhar nesse sentido, dar modelos positivos reais! Com também as adversidades, porque vão existir, mas é trabalhar nesse sentido, a resistência trabalha-se por aqui.

Entrevistadora: Eu acho isso muito interessante que seja um papel de desconstrução da crença ou mesmo tempo que se faz um papel de exposição de modelos positivos, com um “approach”, uma abordagem, realista, em relação a estas. Há uma possível desconexão de certas relações que já estão estabelecidas na própria vida da pessoa, mas quer dizer, faz parte do próprio processo, cingir o núcleo a pessoas que realmente apoiem estas mudanças. Mas disse uma coisa que...pronto, eu também já tive e já expus estas questões a algumas pessoas, inclusivamente também a pessoas que são um pouco mais leigas em relação a este assunto. E a sensação que

eu tenho, vai de encontro àquilo que disse, que foi: quando existe esta transição, a pessoa é vista e conotada como uma pessoa trans, o que faz sempre referência e remete sempre ao facto de que existiu uma transição, que a pessoa foi alguma coisa antes, enquanto a identidade de género sempre se manteve, não é? Só que a pessoa existia se calhar nesta incongruência do corpo físico com o que era realmente mental e aquilo que a pessoa se intitula. E tenho um bocadinho a sensação que hoje em dia, pensando numa pessoa trans que já fez o processo de mudança e que já se atribui a si própria um género congruente com o seu próprio corpo ou mesmo que não seja congruente com o corpo, que se assuma como tal, que existe uma urgência, quase como se fosse pecaminoso não referir que esta pessoa tem um género...que tem um sexo que foi atribuído à nascença. Ou seja, eu dizer “Eu sou a Maria”, mas eu, como fui homem e se eu não disser que fui homem antes, quase existe esta sensação que estou a omitir ou a mentir à pessoa. Não sei se surgem estas questões do “devo ou não contar que fui antes um homem, ou que fui antes uma mulher” porque assume quase um papel de mentira ou omissão.

Dra. S: Hum-hum, surgem, principalmente em relações afetivas, porque na verdade há pessoas que usam a sua identidade trans com muito orgulho, porque é um processo duro e que elas sobreviveram a esse processo. E, portanto, ser trans não é um motivo de vergonha, é um motivo de orgulho, portanto há pessoas que utilizam isto com orgulho. Eu sou um rapaz trans, eu sou uma rapariga trans e o trans aqui é visto como uma luta enorme que eu venci e que estou aqui, feliz. Por isso, não que eu fui outra coisa, eu sempre fui eu, o corpo é que não estava de acordo e tive que fazer umas alterações ao meu corpo e as pessoas não me reconheciam como eu, mas eu sempre fui eu. Portanto usar sempre o trans como uma coisa positiva, de orgulho, quase ativista. Há outras pessoas que não, há pessoas que escondem muito este lado, por receio do estigma, da discriminação, etc. Portanto tentam ser aquilo que nós chamamos de “cis-passáveis”, ou seja, passar por alguém que é “cis”, ou seja que é alguém que não é trans. E de facto eu acompanhei várias pessoas que querem ser “cis-passáveis”, que não querem que se saiba que são trans ou que passaram por este processo de transição. Muitas vezes coloca-se aqui esta questão do “eu conto ou não conto” e aquilo que nós dizemos é que a pessoa conta a quem quer, quando quiser, em que circunstâncias quiser. Obviamente contado com a possibilidade de existir uma reação negativa do outro lado, o que nós desconstruímos com a pessoa, é que isso não diz nada sobre ela, diz sobre a outra pessoa que reagiu de forma transfóbica, não diz nada sobre ela. O que diz é, se eu for um homem heterossexual e estou com uma rapariga transexual, que não sei que é trans e um dia mais tarde descubro que no momento da vida desta rapariga, ela teve um nome masculino e teve um pénis, hum...por exemplo, isso, na cabeça deste homem

pode pôr em causa a sua orientação sexual e portanto isto tem aqui na base, no fundo, uma questão homofóbica, que é: o que é isto diz de mim, se as pessoas descobrirem que estou a relacionar com alguém que já foi visto como um homem? Será que eu sou gay? Não foi gay, não é gay e nós também temos que explicar isto à pessoa. E mesmo que fosse, não tinha problema nenhum e está tudo bem com a sua orientação, seja ela qual for. Mas o problema é que temos de desconstruir é isto, é que isto vem de um ponto homofóbico, do receio de ser gay, porque ser gay ainda hoje é lido como tendo uma orientação sexual, quase como havendo uma hierarquia das orientações sexuais, em que ser hétero é a válida e depois existem as outras, que nós até aceitamos ou toleramos. Nós não temos que aceitar ou tolerar, as orientações são todas válidas, não é? E não existe uma hierarquia das orientações, estão todas no mesmo patamar. Mas nós sabemos que isto, socialmente ainda não é lido desta forma e, portanto, às vezes quando existem estes casos, de pessoas que reagem mal quando descobrem que a pessoa com quem estão é trans, às vezes o que tem na base é isto, é esta homofobia. Isto é que é importante desconstruir e nós muitas vezes também sugerimos à pessoa, se a pessoa está determinada a contar, é por exemplo contar na consulta, porque aí ajudamos também, a companheira, ou companheiro, a processar aquilo que está a ser dito e a desconstruir os seus próprios preconceitos sobre as questões LGBTQI+.

Entrevistadora: Exato, pois e isso também acaba por ter como base uma necessidade de sensibilizar e consciencializar mais e ter ações que favoreçam essa exposição desta comunidade, que pronto...suponho que isto em termos de visibilidade está a começar a ter um impacto maior a nível social, mas que certamente ainda é preciso um trabalho mediador, não é? Tendo em conta que vivemos numa sociedade muito patriarcal, há coisas que vêm por consequência. Eu gostaria de tocar num tópico, que eu acho um bocadinho delicado, que é a relação terapêutica e a aliança terapêutica que se estabelece no contexto clínico. E gostaria de perceber, se, enquanto terapeuta, sente que nos acompanhamentos que teve, a imagem que criou da pessoa que entrou pela primeira vez no consultório ameaçou, ou alterou, algum tipo da consistência, da relação terapêutica, após a transição. Se foi diferente, se existiram mudanças significativas nesta aliança pelo processo de transição.

Dra. S: Hum-hum, só uma nota, eu não sou terapeuta, eu sou só psicóloga clínica, não sou psicoterapeuta.

Entrevistadora: Ok!

Dra. S: Normalmente nós não acompanhamos a pessoa até ao fim do processo de transição, seja isso o que significar, porque o fim do processo de transição para algumas pessoas é só a mudança legal e aí acompanhamos. Para outras é a terapia hormonal e aí também acompanhamos, se estivermos a pensar numa quantidade muito grande de cirurgias, etc, talvez não acompanhamos o processo todo porque é um processo muito demorado e às vezes a pessoa não precisa durante tanto tempo de nós. Mas já acompanhámos pessoas que vão transacionando, transitando, enfim, afirmando o seu género, enquanto estamos no acompanhamento e eu diria que facilita, porque quer queiramos, quer não o facto é que nós, na ILGA, já temos muito treino nisto, mas a verdade é que não deixa de haver uma dissonância ainda hoje, entre ver alguém que tem uma expressão de género masculina, um nome masculino, mas que me pede para chamar pronomes femininos e obviamente eu respeito. Eu chamo e trato a pessoa pelo nome e pelos pronomes que a pessoa quer ser tratada. E é logo das primeiras perguntas que nós fazemos, na verdade. Mas às vezes causa dissonância, eu estar a falar com alguém que tem uma expressão muito masculina e a língua portuguesa é muito difícil porque é muito binária, hum...e ter que estar a policiar-me para não me enganar nos pronomes, portanto, isto às vezes, inicialmente é mais complicado, estabelecer a relação porque estou ali a 98% para a pessoa e nos outros 2% estou a policiar-me para não me enganar nos nomes e nos pronomes. Portanto obviamente que é fundamental para o estabelecimento da relação terapêutica que eu acerte nos pronomes, portanto é um policiamento que eu me faço que é fundamental e que todos nós temos que fazer. Contudo, às vezes não é fácil de o fazer porque nós também estamos estandardizados nesta sociedade que ainda é muito binária e na qual nós fomos, nós crescemos aqui, eu cresci nesta sociedade patriarcal em que na existência de dois sexos, que eram os únicos que existiam, enquanto hoje em dia sabemos que não é verdade, enfim foi assim que eu cresci, foi nesta ideia. Portanto desconstruir isto também em mim para acolher a outra pessoa que está à minha frente é um trabalho que é feito diariamente, principalmente quando falamos em identidades não binárias, porque é algo que é relativamente novo e, portanto, que a língua portuguesa não consegue dar conta, no sentido em que ela é tao binária que não existem pronomes neutros para tratar uma pessoa não binária que não se reconheça nos pronomes nem masculinos, nem femininos. Portanto nós temos que adequar a forma de falar e isso obviamente que sendo fundamental para o estabelecimento da relação terapêutica, faz com que uma parte de mim na sessão esteja a pensar que não me posso enganar, enquanto gostaria de estar totalmente disponível e ter toda a minha energia a ouvir a estar com a pessoa e uma parte da minha energia a pensar que não me posso enganar nos pormenores. Mas é fundamental que exista isso, não é? Que uma parte da

minha concentração esteja no facto de eu não me poder enganar, ou ter de respeitar a forma como a pessoa quer ser chamada independentemente do meu primeiro instinto ser eu tratar a pessoa por ele ou por ela. Isso é fundamental, o respeito pelo nome e pelos pronomes da pessoa, independentemente de isso causar alguma dissonância, porque causa, naquilo que estou a observar e naquilo que eu sei que tenho de usar para me conectar com a pessoa, em termos de processo propriamente dito. Depois facilita com o passar do tempo, porque a dissonância torna-se menor e também porque a relação terapêutica é estabelecida o que facilita.

Entrevistadora: Claro.

Dr. S: As primeiras sessões podem ser difíceis neste sentido, hum...perceber que tenho de estar concentrada nos nomes e nos prenomes da pessoa. Não sei se...respondeu à tua pergunta.

Entrevistadora: Hum-hum, sim, sim...porque a minha ideia, o que eu estava a pensar é: portanto, esta dissonância de que me estava a falar, que é totalmente compreensível porque também é uma adaptação do próprio psicólogo a esta circunstância e é normal que exista também esta adaptação inicial. Ah...eu estava a pensar no sentido em que o psicólogo pode ser visto como um novo modelo de relação, uma nova pessoa que vai introduzir uma determinada forma de interagir. Se bem que a relação terapêutica vai sempre ser assimétrica, nunca vai ser uma relação por igual, mas vai ser uma relação que “a” aceita ou “o” aceita como tal. E nesse sentido quando existe realmente uma fase posterior, uma assimilação desse mesmo conteúdo e quando existe uma interiorização daquilo que a pessoa é e a pessoa já se assume como é, hum...eu suponho também, que já existe uma forma de falar e de estar diferente e que a pessoa vai assumir também determinados maneirismos ou que vai ser ilustrativa de outras formas e daí a minha questão de como é que isto, ou seja, qual é o impacto que isto tem no próprio terapeuta. Como é que o terapeuta lida com esta mudança, hum...se for ou não, uma mudança drástica. Não sei...porque às vezes pode acontecer uma pessoa mudar para o extremo oposto e de repente passar de um homem para ser uma mulher muito, muito feminina, digo eu, tenho ideia que é uma possibilidade e que a pessoa pode ir buscar as características mais femininas ou mais masculinas consoante o género.

Dra. S: Sem dúvida, mas a verdade é que...enfim, eu não sei o que é ser mais feminino ou mais masculino, isto nós com pessoas LGBTQI+, o que é masculino ou feminino fica muito...são conceitos muito latos. E, portanto, não sei muito bem colocar-me aí. Mas o que nós observamos

é assim: o terapeuta tem que ser o agente promotor dessa mudança e muitas vezes o espaço da consulta, é o espaço onde a pessoa experimenta, é o espaço onde a pessoa usa roupas do gênero com o qual se identifica pela primeira vez, ah...por exemplo no caso das raparigas trans, é o espaço onde se maquilham pela primeira vez e portanto nós temos que ser o espaço promotor dessas experimentações, até porque mais vale que a pessoa vá testando ali o que é que sente bem e o que é não sente bem, porque é um espaço seguro para o fazer, é o espaço acolhedor para o fazer, do que testar noutros contextos em que possa correr riscos no limite. Portanto o espaço consulta é esse espaço, nós temos esse papel, nós queremos que essa mudança aconteça, nós ficamos orgulhosos quando vemos isso acontecer. Quando vemos uma pessoa que, quase nesta lógica, e acontece muito isto nas pessoas que acompanhamos, nesta lógica de vida dupla, não é? Em todos os outros sítios eu tenho que controlar os tais maneirismos, não é? Em todos os outros sítios eu tenho que controlar esta postura desta imagem que os outros construíram de mim, mas que não sou eu e que aqui finalmente tira máscara e sou quem sou. Na verdade, é isso que nós vemos, nós vemos isso desde o primeiro dia, nós vemos a pessoa tal e qual como ela é, independentemente da expressão com qual ela se apresentou ou o nome inicial com o qual ela chegou à sessão e depois, entretanto alterou e nós temos pessoas que alteram o nome duas, três vezes ao longo das sessões e nós temos que ir tentando perceber “ok agora o nome é este, não me posso enganar”. Portanto nós queremos validar estas alterações e estas experimentações porque é isso mesmo, o gênero é fluido, as orientações são fluidas e, portanto, a pessoa pode e deve ter um espaço, que é o espaço da sessão, muitas vezes também existem outros espaços na vida da pessoa felizmente a sessão não é o único, mas a sessão é um deles, hum...que a pessoa pode e deve ir fazendo esse caminho. Na verdade, o que eu acho que nós sentimos estando deste lado é: não só esta responsabilidade de sermos este espaço e promovermos essa segurança que a pessoa sinta que não vai ser recriminada, não vai ser critica por ir experimentando, por ir tentando, por ir mudando, “por querer este nome e afinal não é este nome que eu me sinto bem, quero mudar o meu nome”, ótimo. “Eu identificava-me inicialmente como uma rapariga trans, mas afinal acho que sou uma pessoa não-binária”, ótimo. É aqui que é o espaço para experimentar, é aqui que é o espaço para se explorar e para se descobrir, é para isso que nós estamos cá. E, portanto, promover isso, promover essas mudanças, essas alterações, é saber que estamos a fazer um bom trabalho, por isso de alguma forma em termos de relação e da própria intervenção, esse é um dos objetivos da intervenção e, portanto, se ele estiver a acontecer é um bom sinal.

Entrevistadora: Hum-hum, portanto acaba sempre por ser gratificante ver isto a acontecer, mais do que propriamente uma interferência, é mais a gratificação que se vê. Ok, então, nesse sentido e já que estamos a falar num aspeto de promoção...quais é que são as ferramentas mais importantes que diria que as pessoas, quando têm este apoio, não é “deveriam” ...estou a tentar fugir um bocadinho desta palavra, mas quais são as ferramentas que idealmente poderiam adquirir através do apoio psicológico?

Dr. S: Depende do motivo que as trouxe lá, mas...o que nós temos sempre na base, independentemente do que trás a pessoa à sessão, o que temos sempre na base é esta construção do discurso positivo sobre si, esta validação da sua identidade, estas são as ferramentas que nós queremos sempre trabalhar e que a pessoa desenvolva sobre si. Hum...diminuir a intensidade da transfobia internalizada, trabalhar na lógica da construção de relações positivas e gratificantes e que não sejam da família biológica, pois pode haver aqui uma rejeição da família biológica e a família é a família dos afetos e, portanto, pode coincidir aqui com a lógica ou não. Hum...e portanto, o que nós trabalhamos e promovemos em termos de ferramentas internas que a pessoa deverá estabelecer sobre si é esta identidade coesa sobre si, o estabelecimento de limites, portanto é isso, esta validação de quem se é e a desconstrução da transfobia internalizada, isto quando falamos especificamente das pessoas trans. Hum...fazer aqui também um lado de “advocacy” nomeadamente no que diz respeito ao acesso a cuidados de saúde, que é importante que nós psicólogos e psicólogas trabalhemos nesta lógica de promover a psicologia, o modelo da psicoterapia afirmativa, mas também um acesso a cuidados de saúde despatologizantes e que deem dignidade às pessoas que os procurem e muitas vezes nós sabemos que não é isso que acontece, mas que é importante que nós psicólogos trabalhemos nesse sentido.

Entrevistadora: Ok, sim faz-me sentido e como a Dra está na ILGA, vocês podem ou fazem algum tipo de aconselhamento psicológico em relação a outras atividades que podem estar a decorrer na ILGA, no sentido de reintegração, no sentido de exposição a outros grupos, a uma comunidade...que partilhe estas mesmas questões?

Dra. S: Hum-hum sim. Nós temos, para além do nosso centro comunitário que é o centro LGBT que tem uma série de atividades, desde workshops, tertúlias, noites de karaoke, tinha antes do covid.

Entrevistadora: Ah pois (risos).

Dra. S: Mas temos uma série de atividades que o querem é promover a integração social e promover a construção de redes de apoio, lá está porque às vezes as pessoas estão totalmente sozinhas nas suas relações anteriores, porque elas terminaram e há uma necessidade de construção de novas relações positivas e gratificantes e vínculos que se criem com outras pessoas que não vão julgar ou criticar pelo facto da pessoa ser LGBTQI porque têm todas em comum, portanto hum...isso existe no centro. Para além disso nós temos os grupos de encontro e partilha e que não são grupos terapêuticos, não têm essa pretensão, mas são grupos de encontro e partilha para mulheres lésbicas e bissexuais, para homens gays e bissexuais, para pessoas trans, não binárias ou em questionamento identitário e para pessoas negras LGBTQI, são os quatro grupos neste momento e que é isso, são espaços seguros, de encontro e de partilha de experiências e que as pessoas podem ouvir outras pessoas que já passaram ou que estão a passar por outras experiências semelhantes, enfim...são os tais grupos de ajuda mutua como existem os alcoólicos anónimos, etc, é o mesmo estilo, não na lógica de deixar algum tipo de dependência, não é isso que se pretende, mas sim de construir as tais identidade positivas acerca de si e de uma integração comunitária e o estabelecimento de relações de suporte. O sentimento de pertença a algo que muitas vezes fica totalmente disseminado porque a pessoa deixa de pertencer aos ciclos que pertencia e, portanto, esta construção de um vínculo a alguma coisa é fundamental para as pessoas LGBTI que tenham sido rejeitadas das redes...

Entrevistadora: Que foram alienadas, sim. E, portanto, suponho que ter um grupo de pertença ah...se calhar retomar ou encontrar esta família dos afetos para quem realmente teve esta rejeição anterior, deve ser um passo importantíssimo porque realmente o apoio e esta rede de amparo que se cria em ligação a outras pessoas que também podem ou não, experienciar a mesma situação e ter a mesma vivência destas questões deve ser fundamental. Mas enquanto instituição, enquanto associação, enquanto psicóloga, o que é que diria que são os principais desafios daqui para a frente em relação à comunidade LGBTI?

Dra.S: Ah...bom, os principais desafios que nós já estamos a vivenciar, tem haver muito com os cuidados de saúde, o covid veio atrasar em muito as consultas de sexologia e clinica para as pessoas trans, portanto, muitas vezes nós falamos de vida ou morte, o que os estudos nos indicam é que cerca 40% de pessoas trans tem pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida, isto são números assustadores, não é ideiação, se fosse ideiação teríamos uma percentagem muito maior, é pelo menos uma tentativa, ou seja, quase metade das pessoas trans mata-se, aliás

tenta-se matar uma vez na vida. Isto são números dramáticos, ou seja, quando nós temos consultas adiadas sistematicamente, listas de espera infundáveis, isto vai agravar em muito estas questões. Portanto isto são desafios que nós estamos a viver já, acesso a cuidados de saúde dignos que promovam a autodeterminação das pessoas e que não tentem enfim...entrar nesta lógica binária de que se a pessoa é uma mulher trans então tem que fazer as cirurgias todas, não, ela é que sabe o que é que quer fazer. Portanto faz aquilo que sentir que tem que fazer, portanto promover a autodeterminação, o nosso corpo é nosso e nós fazemos as alterações que acharmos que temos de fazer ao nosso corpo. Independentemente de ser socialmente lido ou não como feminino ou como masculino ou como o quer que seja, não interessa, é o meu corpo, eu não quero saber o que deverá ou não ser, eu é que sei o que é que eu quero fazer com o meu corpo. Hum...não há nada mais nosso do que o nosso corpo e, portanto, isso sem dúvida acesso a cuidados de saúde com maior brevidade possível. Depois obviamente nós temos movimentos de extrema direita a ganhar terreno e vemos agora o exemplo da Hungria que aprovou uma série de pacotes com medidas muito homofóbicas e portanto, apesar de nós acharmos “mas isso são questões políticas em nada tem a ver com a psicologia” tem, porque isto depois vai-se refletir na vivência e na experiência das pessoas e vai aumentar o medo de sair à rua...eu ainda à pouco atendi o telefone a uma mãe com um filho adulto com muito medo de sair à rua e o único sitio onde ele saia à rua era ao centro comercial, numa cidade do norte do país, uma cidade pequena no norte do país, portanto ele só ia ao centro comercial porque era perto de casa, de resto não saia porque tinha medo! Tinha medo de ser estigmatizado, tinha medo de ser agredido, tinha medo de uma série de coisas e, portanto...

Entrevistadora: Uma ameaça constante.

Dra.S: E este hipervigilância que as pessoas têm, não é? Eu nunca, nunca até hoje, acho que só uma pessoa até hoje é que me disse que não tinha sido vítima de Bullying na escola, de resto todas as pessoas que eu acompanhei até hoje foram vítimas de Bullying na escola e isto deixa marcas, deixa traumas e deixa-nos hipervigilantes e faz-nos construir uma ideia errada que há qualquer coisa de errado connosco, porque se as pessoas não me aceitam, se as pessoas me agredem porque eu sou assim, é porque há qualquer coisa que eu tenho que não é aceite, que não é valido, portanto este hipervigilância, esta construção sobre quem somos, isto tudo tem que ser, são desafios que estão a acontecer agora e parece continuar a acontecer. E seria fundamental a criminalização de terapias de conversão, ah..ainda hoje nós sabemos que existem, que há psicólogos que as façam, já há denúncias na ordem, mas nada acontece, porque a verdade é

que elas não são criminalizadas, não são recomendadas mas também não são criminalizadas e as pessoas vão continuar a fazê-las e a verdade é que nós acompanhamos pessoas que foram vítimas de terapias reconversão e deixa marcas psicológicas gravíssimas e portanto, estes são os desafios próximos que nós vamos enfrentar na psicologia.

Entrevistadora: E já são muitos.

Dra.S: Já são muitos e sérios!

Entrevistadora: Sim e sérios. Eu espero também que vamos caminhar para lá, inclusivamente numa especialização se calhar mais profunda nestas questões que se calhar, aquilo que eu também sinto é que não existe uma...pronto, não é tão direcionado o estudo para estas áreas e se calhar é preciso também ter mais informação para “despatolizar” esta temática. Mas bom chegámos ao fim então da entrevista e eu quero agradecer muito pelo contributo, foi mesmo muito interessante ouvir a sua perspetiva e a sua experiência enquanto psicóloga neste acompanhamento.

Dra.S: Obrigada eu e boa sorte!

Anexo 8

Entrevista à Psicóloga Clínica especializada em sexologia

Dra. M

- 1ª Parte da Entrevista –

Entrevistadora: A Dra. M é psicóloga Clínica especializada em sexologia e eu gostaria que me falasse um bocadinho desse percurso, como é que foi parar a esta especialização, como é começou os estudos em psicologia...pronto, fazer um bocadinho este contexto.

Dra. M: Hum...bem a psicologia não vou dizer porque se não também ficávamos aqui uma entrevista toda só sobre a história de vida e como é que a gente escolhe a nossa carreira e a nossa vocação.

Entrevistadora: Hum-hum.

Dra. M: Mas hum...eu desde pequena, desde nova, desde a adolescência que estava próxima como voluntária da associação para o planeamento da família no sitio onde eu cresci, em Évora e portanto ao longo do curso também percebi que gostava de intervir na área mais da sexualidade, da saúde sexual e reprodutiva e...portanto também como voluntária da APF no final do curso comecei logo...começaram logo a surgir oportunidades de me aproximar desta área da sexualidade ou da saúde sexual, a partir daí houve oportunidade de fazer um curso de formação de formadores em educação para a sexualidade que fiz logo à saída do curso de psicologia, comecei logo a fazer o estágio profissional também num gabinete de aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva para jovens, que era a APF que ajudava ou que mantinha com o IPJ, que agora são IPDJ, o instituto português de desporto e juventude, onde a APF ainda tem hoje em dia a sexualidade em linha como serviço de apoio para jovens, hum...e a partir daí a sociedade de sexologia também abriu um curso de terapia para terapeutas sexuais e portanto vem um bocadinho como um percurso paralelo dentro da formação na área da saúde sexual e reprodutiva e começar também com a especialização mais específica na sexologia e na clínica de terapia

sexual. Depois, eu sabia muito bem que queria por razões pessoais, estudar mais sobre a orientação sexual e sobre a identidade de gênero e portanto no estágio, no hospital Júlio de Matos, que eu agora não sei dizer de cor como é que é...o hospital Lisboa “bla, bla bla”...(risos)

Entrevistadora: Sim. (risos)

Dra. M: Aí também na consulta de sexologia era e ainda é uma consulta de referência para pessoas trans, de assistência em consulta, fazer apoio e...ao mesmo tempo que a minha investigação passou pela intervenção sexual, não tanto da identidade de gênero mas como é que uma pessoa se identifica como não-heterossexual, inclusive heterossexuais, como é que os heterossexuais se identificam como heterossexuais, portanto fiz esta investigação na parte dos estudos de sexologia clínica mais a parte do estágio clínico com pessoas trans também para além das disfunções sexuais, portanto foi assim que foi acontecendo...e depois no fundo marca o meu desenvolvimento enquanto psicóloga clínica, às vezes as pessoas perguntam se é preciso estudos específicos para uma pessoa intervir em sexualidade ou em sexologia, hum...eu acho que como clínica claro que as bases são importantíssimas, aquilo que nós aprendemos no curso, até as coisas que achamos que não servem para nada e que achamos que não vamos usar são importantíssimas e dou muito mais valor agora já com esta distância todo do meu percurso profissional, hum...mas acho que é preciso uma certa postura, acho que é preciso uma abertura para trabalharmos também os nossos valores e perceber que as competências clínicas não são só estudar muito uma questão mas parte também de uma parte do desenvolvimento pessoal que é muito importante porque a sexualidade é muito íntima, a nossa moral também entra na nesta equação.

Entrevistadora: Hum-hum, é muito interessante porque no fundo isto foi uma sequência de eventos que acabou por...pronto por se revelar como uma oportunidade para envergar neste ramo da sexualidade que culminou na construção da sua carreira desta forma e chegar agora a esta especialização e ter esta prática e esta intervenção clínica neste âmbito, não é? Como sabe, aquilo que realmente quero investigar no meu estudo tem que ver com esta questão da identidade de gênero, daí ter achado muito interessante o seu trabalho exatamente porque toca com estas questões de orientação sexual, sexualidade no seu espectro conceptual e quando falamos de sexualidade a primeira coisa que me ocorre, principalmente quando...pronto...estando em psicologia e estudando a parte dinâmica, mas de qualquer das formas agora aprofundado um bocadinho este tema da sexualidade devido ao meu tema de tese, ah...é o desenvolvimento

psicosexual, portanto isso sempre foi um conceito que me interessou muito em perceber como é que isso se ligava à construção da nossa identidade de género e...e nesse sentido, primeiro que tudo, pronto isto também foi um bocadinho para contextualizar como é que surgiu este interesse, porque realmente isto é um daqueles tópicos que apesar estarmos a criar mais visibilidade sobre, se calhar ainda exista uma certa obscuridade vá, isto ainda não é uma coisa que está assim tão desconstruída e ainda precisa de ser muito sensibilizada, esta questão dos transgénero, esta questão LGBT, esta questão de tentar perceber mais e mais sobre a sexualidade e...pronto e com isso gostaria de saber um bocadinho como foi a sua experiência enquanto psicóloga no acompanhamento de pessoas que tivessem estas questões de identidade de género latentes no conteúdo clínico. Se bem que, pelo aquilo que percebi a Dra.M acabou por se especializar mais nesta parte da orientação sexual, não é? Mas de qualquer das formas gostaria de saber se eventualmente já acompanhou pessoas trans...

Dra. M: Sim faço muito acompanhamento, não é uma questão de se especializar, é assim...às vezes é um bocadinho diferente a maneira como nós pensamos o curso e vivemos o curso e depois na prática, não é?

Entrevistadora: Hum-hum, ok.

Dra. M: Eu acho que é impossível nós ficarmos restritos a uma área, a uma população.

Entrevistadora: Claro.

Dra. M: Hum...e no fundo as pessoas trans fazem parte do grupo maior, de uma comunidade LGBTQI, hum...não ficam só...e eu termos de carreira por exemplo, uma coisa que eu acho que também foi interessante foi, eu faço clinica, clinica, há pessoas que não tem absolutamente diversidade nenhuma, nem de género, nem sexual ou situações que não tem nada a ver com sexologia ou com sexualidade, dificuldades que não passam por aí, muitas vezes o pedido inicial de consulta pode ter a ver com a sexualidade e acaba por ser uma coisa, hum...acaba por ser apenas um sintoma e não é isso que se vai trabalhar em termos terapêuticos, porque não é isso que é o mais fundamental na formulação daquele caso. Estou a pensar aqui por exemplo, há muitas pessoas que pedem ajuda e na outra crise eu reparei muito nisto, houve muitos colegas que sentiram a queda de pedidos e eu não senti tanto porque as pessoas pediam ajuda por desejo baixo, falta de desejo sexual, problemas no casal por falta de desejo e o que estava em causa

era uma depressão, o desejo é mais um sintoma, se a pessoa não tem motivação para trabalhar, para estar com os amigos, também não tem motivação para estar intimamente com o parceiro ou a parceira. E portanto rapidamente este pedido se transforma num outro objetivo com a pessoa e com a recuperação dos clientes, portanto...uma coisa também interessante que aconteceu foi que passado já bastantes anos, não só de trabalhar nesta área, nunca vi só pessoas LGBT, até porque são uma minoria e não faria muito sentido ficar-me só pela minoria...eu também fui convidada para integrar, que é onde eu estou, no Centro de Diferenças, que é um centro de desenvolvimento infantil na Bela Vista, da associação de portadores de trissomia vinte-um e...portanto para mim foi um desafio grande não é? Trabalhar a sexualidade na diversidade, na neurodiversidade ou na diversidade funcional, tive que estudar, tive que pensar outra diversidade e outra minoria em relação também às questões da sexualidade e aconselhamento em terapia e uma das coisas que aconteceu foi o cruzamento das áreas, eu já fiz uma apresentação cá, aqui no Diferenças sobre isso, eu própria não esperava mas uma das coisas que estamos a começar a perceber é que há muitas pessoas com diversidade de género que também têm hum... que têm alguma coisa da perturbação do espectro do autismo. Ainda não se percebeu se é porque na perturbação do espectro do autismo há muito seguimentos, há muitos apoios, há muito contacto com profissionais de saúde e, portanto, também há mais diagnóstico por isso ou se pelo contrário, será o pelo outro lado, na comunidade LGBTQI estas questões levarem a...Ainda não se percebeu bem, é uma coisa muito inicial em termos de artigos de caso, há esta associação, nota-se mas no fundo ainda é uma impressão de colegas, não é? E, portanto, para mim também foi uma grande surpresa chegar aqui ao Diferenças e depois ter vários pedido de ajuda em equipa que é grande com terapeutas de reabilitação, terapeutas de psicomotricidade, terapeutas da fala, psicólogos educacionais que seguiam os jovens com o espectro do autismo que se identificam com um sexo diferente do seu...hum...isto também é muito interessante como de repente volto um bocadinho à casa, uma coisa que eu achei que seria de áreas paralelas, afinal, também se cruzam, também se podem cruzar.

Entrevistadora: Ah, isso é muito interessante e se calhar também pega num ponto que eu gostava de compreender um bocadinho melhor, que é: portanto, tendo em conta que estamos a falar de crianças, não é? Que este acompanhamento é realmente com crianças que está agora a fazer neste momento

Dra. M: Faço mais com adultos e com jovens.

Entrevistadora: Mas neste projeto...

Dra. M: Por exemplo agora tenho uma pessoa com 13 anos...é uma criança, mas eu acho que já é um jovem, já temos que tratar como adolescente.

Entrevistadora: Ok, sim, sim, sim. Principalmente nessa fase seria importante...

Dra. M: Não, no Diferenças eu vejo também jovens, no fundo na infância é mais raro haver comportamentos sexuais problemáticos...de alguma maneira é uma consulta mais virada para jovens e jovens adultos.

Entrevistadora: Hum-hum, e...e neste acompanhamento na juventude, adolescência, pré-adolescência, como é que faz esta interligação de por exemplo...não sei, de pedidos de consulta relacionados com estas questões de sexualidade, identidade de género e etc, como é que conjuga este trabalho com os pais? Por exemplo, qual é que é a forma, a abordagem a ter com os pais quando os jovens, quando os adolescentes estão a debater-se consigo próprios em relação a que orientação sexual é que pertencem, ou, qual é que a sua orientação sexual, como se identificam, como é que querem ser chamados, pronto porque ainda está muito em construção, não é? Qual é que seria a abordagem que iria tomar, por exemplo, num caso destes?

Dra. M: Hum, o meu modelo de referência são terapias afirmativas, portanto será sempre no sentido de...

Entrevistadora: Autodeterminação.

Dra. M: Promover a diversidade, explorar a diversidade de género e sexual, ah...não é de esconder, temos de colaborar com os pais, explicar a importância da aceitação familiar para a autoestima, para a integração social, portanto...agora, não há uma abordagem, não é? Depende de onde é que as pessoas estão, se calhar há jovens que podem pedir aos pais para ter uma consulta e os pais não fazem ideia de nada, nem a relação às questões de género e que dizem “os meus pais não podem saber, eles não vão aceitar, eu não quero contar” e aí eu não vou estar a trabalhar como é que os pais tratam, o nome...não estamos aí, não é? Estamos muito antes e primeiro temos que preparar aquela pessoa para o “coming out” e depois então pensar no “coming-out” na família. Hum...

Entrevistadora: Portanto são etapas.

Dra. M: Também é falar destas coisas, falar da ética, uma das coisas que eu por hábito falo sempre nas primeiras consultas ainda com os pais é que...eu não mudo orientações sexuais, não mudo identidades de género, posso apoiar no desenvolvimento, posso apoiar nas dificuldades, hum...ou na confusão, mas quer dizer apoiar na confusão não é dizer que ser heterossexual cisgénero é melhor do que “bi” ou não ser heterossexual ou não-binário, portanto é deixar isso claro. Às vezes tenho boas experiências, às vezes tenho más, claro que faço sempre um bocadinho de psicoeducação sobre isso porque não sabemos se a pessoa volta, se a pessoa decide ficar connosco ou se vai para outros terapeutas, portanto normalmente falo sobre a questão de que não há ordens científicas que recomendem tratamentos para a orientação ou para a identidade que sejam regressivos, que obriguem as pessoas de alguma maneira a conformar-se a uma norma social. Isto se calhar principalmente na orientação, na identidade de género, no fundo é uma questão de diversidade e alertar para os perigos, não é? Se nós estamos a fazer esforços para que a pessoa se normatize em relação ao mais frequente e à maioria da sociedade, também estamos a dizer-lhe que fazer parte da minoria é mau e isso tem efeitos na autoestima. Também há um bocadinho isto...alertar porque podem encontrar isso, não sei porque eu não costumo pesquisar, mas podem certamente, encontra-se e há pessoas que já tiveram essa experiência, encontrar terapeutas e profissionais que ofereçam esse tipo de terapias regressivas, mas... podem ser de conversão, mas que eticamente isso não é defendido nem pela nossa ordem dos psicólogos nem pelas principais sociedades científicas internacionais, a sociedade americana de pediatria, a organização mundial de saúde, etc, etc. Vêm falar um bocadinho sobre a história dos direitos LGBT no sentido de mostrar que isto não se faz é porque não era eficaz.

Entrevistadora: Ok, então nesse caso...é assim pronto, em relação às terapias de conversão, não é, é uma história que realmente vai contra o código-deontológico que pronto tenta sempre apoiar e defender a melhor forma de acompanhar o paciente e não tentar converte-lo para aquilo que é aceitável, vá, pela maioria socialmente. Hum...mas pronto, eu acho que é interessante este trabalho de cooperação que tem com os pais quando estamos a falar de uma faixa etária mais novinha, porque de facto, exatamente por isso ser um tema mais delicado, ah...eu suponho que e gostaria também de saber se isso é o caso, não sei se exista assim um bocadinho de mais resistência da parte familiar quando toca a fazer e acompanhar este processo de mudança com a criança/adolescente, ou se...ou se não, se a maior parte das vezes...claro que cada caso é um

caso, mas se a maior parte das vezes costumam cooperar mais ou se costumam ter mais resistência e...em que casos é que é sugerido por exemplo uma terapia sistémica para as coisas serem trabalhadas em grupo. Como é que costuma acontecer...?

Dra. M: Em grupo como? Em família?

Entrevistadora: Em família sim, família nuclear.

Dra. M: Hum...a minha perspetiva não sendo sistémica, é uma perspetiva de integrar a família, colaborar com a família. Mesmo sendo cognitiva-comportamental, portanto...acho que ajuda muito, acho que é eticamente também...não faz sentido com os mais jovens fazê-lo sem a família. Portanto vou fazendo check-in's com a família, às vezes no final na consulta sentamos um bocadinho, normalmente com a criança/jovem também combinamos o que é que pode, deve ser dito aos pais, porque também tenho o cuidado de respeitar a confidencialidade deles, mas..., mas sim. Eu tenho um bocadinho sorte, digo eu, não é? Eu tenho sempre um bocadinho de sorte de como me afirmo terapeuta afirmativa, as pessoas que me chegam...também faço parte de uma rede da associação ILGA Portugal que é o SAP, serviço de apoio psicológico, portanto...os pedidos que me chegam já têm também uma dose de abertura muito grande, também já leram dentro do modelo que está parecido com o meu. Se uma pessoa estiver muito preconceitos em relações às questões LGBTQI provavelmente não se sente à vontade comigo porque acha que eu estou demasiado dentro do meio, demasiado associada digamos assim. Portanto a minha experiência é de ver as famílias muito aceitantes, muito abertas, que querem o melhor dos filhos e que querem ajuda-los a realizarem-se e a sentirem-se bem, não estão tanto a querer normaliza-los dentro de um cis.

Entrevistadora: Hum ok, então acabam também por ter...exato! A própria pesquisa acaba por ser filtrada, não é? E quando já vão ter consigo, já vão ter outro conhecimento...pois faz sentido, hum...

Dra. M: Mas não quer dizer que não tenha tido más experiências, não é? Por exemplo, assim a pior experiência que eu tive foi aqui no Diferenças com uma pessoa que era um rapaz com perturbação do espectro de autismo, hum...claramente com atração por outros rapazes e que era acompanhado na escola, no Diferenças, tinha vários apoios e...quando falei com os pais, numa recomendação conjunta, que a orientação não se escolhe, que apesar das dificuldades cognitivas

dele, ah...devia poder viver a sua sexualidade da melhor maneira, da maneira mais satisfatória para ele. Portanto quando tentei abordar esta questão que era um bocadinho clara até pelas pessoas que o conheciam à volta, a escola, os colegas e assim, hum...o pai levantou-se e disse: “Olhe já foi difícil ter um filho anormal, eu não vou aceitar mais! Não quero mais outra coisa dessas cá em casa, já chega. Já aceitei que ele é autista não vou agora também estar a pensar ou sequer a permitir.” Pronto como eu lhe disse que não o ia “tratar” de maneira nenhuma porque isso não é uma coisa que se escolha ou que haja intervenções clínicas para isto...levantaram-se, nunca mais vieram e foram-se embora. Hum...também já fui bode expiatório de esforçar-me por “coming outs” na família para poder colaborar, para poder integrar os pais, as famílias na terapia e...há pessoas que eu percebo que ficaram muito zangas comigo, por achar que aquele “coming-out” foi eu não ajudar a filha a...aprender a ser filha, a aceitar como era, isto também cruza muito com a autonomia, não é? É difícil para uma família reconhecer a autodeterminação dos filhos e nas filhas para tomarem uma decisão tão grande como esta. Como é que se exprimem em termos do seu género para outros e para a sociedade, pelo menos pensar que nesta coisa de pessoas que me dizem que me vêm como má profissional, como pouco competente porque... “a minha família sempre usou saias até aos 14 anos, portanto isto é impossível” e quer dizer...e isto ser visto como um ataque à psicóloga, “se tivesse feito uma boa avaliação, você sabia isto!”. Não é? Não são gostos que vamos tendo ao longo da vida que ditam a nossa identidade de género também ao longo da vida, há alterações! Já tive pessoas com quarenta anos a questionarem a sua identidade de género e a viverem melhor e mais felizes sendo um género diferente daquele que nasceram, do sexo diferente que nasceram. Nem sempre tenho boas experiências, às vezes o nosso papel terapêutico também é esse, é ser o bode expiatório, é ser o fator que levou a que isto se compreenda, não é? Ou...pessoas dizerem “você não tem competência para avaliar uma coisa destas!”, atenção, eu não avaliei, não é? E aqui é uma coisa que eu acho que é importantíssima nesta área em termos clínicos é nós percebermos que os psiquiatras e os psicólogos foram os polícias do género. Aprendi isto com uma associação da comunidade, ah...e se calhar também não disse isso no início sobre a minha carreira, mas acho que é muito importante dizer que sempre estive próxima também de associações da comunidade, portanto não fazer as coisas para as pessoas, mas com as pessoas, é diferente nós estarmos próximos e conhecer ou estarmos mais distantes no nosso gabinete fechado, no nosso “setting” protegido, não é? Isso afasta-nos.

Entrevistadora: Hum-hum.

Dra. M: E acho que é impossível nós intervirmos nesta área sem termos isto em conta que... nós fomos o fator de repressão durante muitos anos, durante muitas mentalidades, não é? O momento chave, quer para os direitos de pessoas gays, lésbicas ou bissexuais, mas também para as pessoas trans, é a retirada da homossexualidade da lista de doenças, quer pela Associação da Psiquiatria, quer depois pela Organização Mundial de Saúde. Mas durante muito tempo nós pomos as repercussões sociais seguintes, primeiro foi a igreja, portanto primeiro era imoral ter comportamentos que não eram dentro da especificidade de um modelo de género muito concreto, depois era crime, não é? Depois era o direito que dizia que sodomia é crime, não se faz e depois foi a saúde, foram os profissionais de saúde a dizer que não é normal. De pecado passou para crime depois passou para anormalidade, passou para doença. E nós temos essa tradição, eu quando comecei a estudar a sexologia, foi-me difícil perceber às vezes a falta de colaboração das comunidades e das pessoas, mas é isto, nós não somos só a Psicóloga Joana, sou também uma representante dos psicólogos de todos os que já foram e do que é que a Psicologia, a Psiquiatria e do que nós já fizemos de repressivo e de agressivo para com as pessoas LGBTQI.

2ª Parte da Entrevista

Entrevistadora: Então é o seguinte...na primeira parte da entrevista a Dra. estava-me a introduzir o contexto familiar e infantil dentro das terapias afirmativas, na questão da autodeterminação de género, não é? Como é que se faz a interligação e como é que se comunica com a família sobre estes temas e como é que e fazemos este paralelismo também com as crianças. Hum...,entretanto também chegou a dar exemplos e tudo mais, mas eu gostaria de...pronto, como já me falou um bocadinho sobre isto, eu gostaria de direcionar este tópico para a relação terapêutica numa vertente mais abrangente e tentar compreender como é que se forma uma aliança terapêutica com uma pessoa com questões de identidade de género, se existe uma diferenciação no acompanhamento de pessoas cis com pessoas não-binárias e...como é que faz este caminho?

Dra. M: Não sei se há uma diferença na relação terapêutica, acho que todas as relações terapêuticas são diferentes e são únicas, são circunstanciais, são próprias daquela relação e daquela circunstância de vida neste momento histórico e cultural. E nesse sentido mais do que em relação às características, menos em relação à identidade de género e ao não-binarismo, hum...é o mesmo que dizer: “como é que se forma uma relação terapêutica na depressão?”, forma-se com aquela pessoa, as depressões são todas diferentes, o que é que leva uma pessoa a deprimir?

Depende de cada caso e se calhar é mais importante aquela vida em particular do que a depressão em si, é importante para a intervenção conhecer a depressão e saber o que é, mas não acho que haja uma grande diferença. Acho que há um trabalho grande a fazer de prevenção da discriminação e acho que também já disse isto na primeira parte, acho que nós nunca nos podemos esquecer do papel que tivemos de policiamento, de controlo, de não fazer relatórios ou dizer que a pessoa não é um transexual verdadeiro e isso influenciar o acesso à saúde e o acesso aos cuidados que as pessoas queriam. E, portanto, temos essa herança que é pesada e que significa que se calhar a confiança e a colaboração da relação terapêutica pode sofrer um bocadinho. Portanto, pode influenciar a colaboração e a confiança e isso já me aconteceu de jovens que vêm a pensar que eu vou estar a avaliar se a pessoa merece determinados tratamentos, merece progredir nos tratamentos que quer fazer ou nas alterações que quer fazer à sua expressão de género ou ao seu corpo. Hum..., mas lá está, nas pessoas cis, também há situações quer de saúde mental, quer situações pessoais, que levam as pessoas a ser desconfiadas, a não colaborar, a não, a ser preciso ultrapassar esses impasses e esses bloqueios da relação terapêutica, portanto não vejo...tão diferente. O que é que se calhar eu diria que é único, é o cuidado da linguagem, acho que...houve uma vez, já não me lembro o que foi, mas sei que foi com um jovem em que ele disse qualquer coisa de..."eu sou assexual" ou uma coisa assim, "eu revejo-me na assexualidade" e eu "ah sim?" e ele "pois não deve saber o que é", "não eu sei o que é" e foi assim um brilho nos olhos do..."a sério sabe o que é?!"e eu "então é o meu trabalho, claro que sei! A assexualidade é uma coisa que nós estudamos, há imensa investigação da sexologia nas pessoas assexuais, claro que tenho uma noção.". Da mesma maneira que às vezes me surpreendem e trazem termos que criados na comunidade e que eu ainda não conheço, também às vezes há um bocadinho essa ideia de distância, de autoridade, quem é bom que nós vamos quebrando.

Entrevistadora: Então nesse sentido a grande diferença diria que é este cuidado na linguagem e nesta adaptação, portanto à terminologia que a pessoa realmente se intitula, não é?

Dra. M: Sim por exemplo a nossa língua, sendo latina, é muito difícil ser neutro. Se uma pessoa está muito confusa com o seu género, enquanto que em inglês nós podemos estar à vontade e encontrar maneiras que são neutras de falar, nas línguas latinas não e isso é mais complicado. Portanto sim, acho que isso são coisas mais específicas ou a questão da lei que nós temos permitem por exemplo que um jovem na escola mude muito cedo de nome para poder ser tratado pelo nome desejado e não pelo nome da nascença. E...isso é importante e às vezes nos cuidados de saúde é difícil as pessoas perceberem que isso é importante, não é? Se a pessoa quer ser

tratada por João ou Joana, o enganar ou chamar pelo nome oficial do cartão de cidadão acaba por ser uma microagressão desnecessária, portanto isso sim acho que é diferente e se calhar é preciso criar o espaço terapêutico de segurança e de aceitação.

Entrevistadora: Hum-hum, então, mas nesse caso, deixe-me só esclarecer aqui uma questão. Isto também para perceber um bocadinho mais sobre o seu trabalho, que é: portanto a Dra., já acompanhou pessoas numa fase inicial, que ainda estavam provavelmente numa descoberta da sua própria sexualidade, da sua própria identidade, já acompanhou pessoas que já se intitulavam desta determinada...de um determinado género e que já tinham feito o processo de mudança, portanto já acompanhou as várias fases que uma pessoa transgénero poderá ou não passar, consoante o objetivo e consoante aquilo que seja realmente o seu desejo. Pronto e tendo em conta esta construção do seu trabalho e esta experiência que tem, gostaria de saber se em alguma destas fases sentiu que por exemplo num processo de mudança, quando uma pessoa ainda está na chamada diagnosticada “disforia de género” e quando realmente passa para uma outra etapa onde já se intitula e já se começa a descobrir, se isto tem interferência na relação terapêutica. Queria perceber em que nível e a que nível é que podemos ver essa diferença e se por exemplo uma pessoa passar...isto só para dar um exemplo se calhar para facilitar a minha perguntar porque não tenho a certeza se não é muito enfeitada...queria perceber por exemplo se uma pessoa que tem um sexo de género masculino e de repente, de repente não, que quer ser mulher e que se torna mulher, que diferença é que isto faz na intervenção? Qual é que a diferença e qual é a interferência que isto tem na terapia?

Dra. M: Não tem muito. Sinceramente não reparo, não posso dizer que crie obstáculos porque no fundo a pessoa está a ser mais ela própria, portanto está melhor, está melhor consigo, está melhor na sua pele. Não...não...também não sei se eu e aqui a minha formação cognitiva-comportamental e menos psicanalítica...eu não passo muito tempo a problematizar se estou a empatizar diferente com um homem ou com uma mulher. É mais com aquelas pessoas, sim se calhar há questões que me são mais fáceis e há questões que me são mais difíceis, há pessoas que são mais fáceis e outras mais difíceis mas não...no fundo é uma descoberta mas é uma descoberta da pessoa e é um crescimento da pessoa mas as dificuldades que não têm nada a ver com a identidade de género podem continuar lá, outras que têm que ver com a identidade ou a disforia também podem continuar ou podem melhorar por haver uma alteração da expressão de género que lhes permite ficar melhor. Repare eu às vezes tenho consultas em que é uma ou duas consultas para a pessoa saber mexer-se no sistema e fazer o que quer, já tive situações por

exemplo de jovens universitários com sexo feminino à nascença e a viverem com uma expressão de género masculino, ah...pessoas que se revêem numa expressão de género masculina em que não tinham dificuldades nenhuma, estavam bem integrados na escola, na universidade, têm um grupo de amigos que os tratavam pelo nome desejado, o que eu faço é só dizer: “olhe com a lei como está...”, lá está porque por vezes a informação que as pessoas recebem é muito negativa eu digo “com a lei como está não precisa de mim para nada”. Isto não é um caso de disforia de género, é um caso de diversidade de género, há pessoas que vivem assim, eu dizer “acho que precisa de mudar o nome para os professores também reconhecer e não ter que fazer coming-out necessariamente porque já está a viver como o João, portanto se já é o João e se os amigos e a família aceitam o João e não Joana, se isso não causa nenhum impacto negativo na vida e no funcionamento e nas relações...não precisa de ir ao psicólogo para ter relatórios, para mudar o nome, para receber tratamentos endócrinos...”. Repare eu não sou endocrinologista portanto nunca serei eu que vou fazer prescrição de tratamentos endócrinos, portanto ... às vezes as pessoas não precisam de certos tratamentos mais intrusivos como da endocrinologia ou da cirurgia estética, nem toda a gente quer esse tipo de tratamentos e portanto isto são sessões de psicoeducação, como é que funciona o sistema, como é que é a lei, onde é que se vai, quanto é que custa, o que é que é preciso a pessoa fazer, mas o trabalho difícil de adaptação, de integração pessoal, de coming-out já está feito.

Entrevistadora: Hum-hum ok, nesta ideia que existe realmente uma reeducação e uma adaptação, não é, ao género que a pessoa se identifica e também uma adaptação no circuito de apoio, dos amigos, familiar e por aí adiante, hum...como é que...era possível descrever-me por exemplo as diversas etapas que são percorridas no caminho terapêutico para chegar a um estágio de equilíbrio de saúde mental, claro que tendo sempre em conta as nuances de cada caso e há sempre diagnósticos associados, de ansiedade, depressão, etc, e há coisas que demoram mais tempo.

Dra. M: Há sempre não, pode haver como pode não haver, era o que eu estava a dizer, pode não haver. É aqui que nós somos patologizantes, que é, quem está a passar por isto está mal de certeza, é infeliz, está ansioso e não vive bem. Não, às vezes não, às vezes as pessoas encarregam-se de mostrar que não, nem toda a gente precisa de apoio psicológico ou de terapia, há pessoas que vivem bem. E nunca tivemos uma sociedade tão tolerante, tão respeitadora dos direitos e esperemos que vá para mais, claro que não estou a dizer que é uma sociedade respeitadora, estou a dizer que nunca tivemos uma sociedade tão inclusiva de tanta diversidade, nunca

houve tantos direitos concretos, hum... como é que as pessoas depois sentem, claro que depois na mentalidade e na cultura ainda há muita discriminação muito estigma, muitas micro agressões, às vezes até agressões transfóbicas concretas mas nem sempre. E se calhar isto também acaba por ser diferente da população LGB, que é há muitas pessoas trans que como têm uma expressão dentro do binarismo escapam um bocadinho ao estigma social, porque são um rapaz, são uma rapariga e vivem assim. Daí a importância da questão dos papéis formais e do cartão de cidadão e tudo isso porque aquela pessoa não precisa de fazer coming-out a toda a gente. Vive como o João e pronto é o João. Da mesma maneira que eu não peço à Filipa para me mostrar a sua vulva para ter a certeza que estou a falar com uma mulher, não é? Pode não ter, não tenho nada a ver com isso, também não lhe vou perguntar não é, seria uma pergunta inapropriada, só nas questões trans é que se coloca isto e às vezes as pessoas perdem um bocadinho o pudor e não percebem a intrusão de privacidade que é isso, não é? Entre nós é um bocado obvio não é, tal como a Filipa não me diz “ah não para provar que é psicóloga e não psicólogo tem que mostrar os seus genitais”, quer dizer, não. (risos)

Entrevistadora: (risos) sim, claro parece um pouco ridículo, hum...mas realmente é uma coisa que acontece e é sentido como uma invasão. Hum...portanto isso se calhar seria um fruto de uma homofobia internalizada, uma transfobia internalizada que independentemente de tudo, vê esta minoria como uma coisa estrangeira se calhar, uma coisa que como não é assim tão familiar e uma coisa que ainda não tem tanta visibilidade hum...pronto é reconhecido com estranheza. E apesar de ser compreensível este fenómeno de reação para com o estranho, obviamente que depois há coisas que passam do limite, obviamente que tal como a Dra. exemplificou agora claro que há perguntas que calham completamente fora do contexto e que são completamente desadequadas para uma pessoa que provavelmente acabaram de conhecer, em contexto clínico, ou seja, o que for. Hum...

Dra. M: Hum-hum, mas dizia em termos de fases, eu acho que em termos de modelos eu pensaria muito num modelo de “coming-out” que também...começaram a ser desenhados para o “coming-out” LGB ou LGBT na altura, mas alguns eram mais para mulheres, outros mais para homens, hum...se calhar mais esta linha de pensamento pré-coming-out, coming-out e pós-coming-out. Há um modelo de uma pessoa trans da investigação que também descreve estas fases e se calhar em termos de desenvolvimento é isto que eu vejo, não é? Há pessoas que se calhar estão muito isoladas, nunca falaram sobre isto a ninguém, portanto estão numa fase de pré-coming-out, às vezes com muito medo do que vai acontecer, com muitas ideias negativas

do que é ser trans, se calhar com muita visibilidade negativa de pessoas que trabalham no sexo ou que são assassinadas...é possível uma pessoa encontrar muita informação muito assustadora. Depois no coming-out, há pessoas que já estão nesta fase, já contaram a alguém, já têm algum apoio ou já fizeram a coming-out à família ou ao parceiro ou parceira e aí será outra fase. Depois o pós-coming-out tendo também este lado dos tratamentos e do acesso aos tratamentos, muitas vezes nos adultos há a questão o trabalho, como é que nos preparamos no trabalho, lá está as relações do trabalho têm outra natureza, desenvolvem-se de uma outra maneira e muitas vezes as pessoas têm medo de perder o trabalho e não sabem como vão fazer. Portanto essa regulação, essa gestão das relações no trabalho...pensando nas alterações que vão acontecendo, por exemplo, os tratamentos endocrinológicos não se nota logo, mas vai-se notando, uma mulher nascida à nascença que esteja a fazer tratamentos vai começar a ter penugem, vai ter prazer em fazer a barba, não é? Isto são sinais visíveis exteriores e às vezes é preciso ajuda não num coming-out pessoal, mas no lado publico, como é que se gere isto. Ou então também acontece...às vezes são pessoas que já vivem no género desejado, mas que têm outros problemas, podem ter stress no trabalho, podem ter problemas familiares, podem sofrer com a covid, isso também acontece, problemas de casal.

Entrevistadora: Sendo que a Dra. tem um modelo clínico cognitivo-comportamental, existe alguma técnica...eu não sou assim tão familiar com este modelo e ia-lhe perguntar se existem algumas técnicas que sejam privilegiadas neste processo LGBT e quais é que seriam as principais que são aplicadas.

Dra. M: Hum...eu acho que é bom nós termos noções de terapias afirmativas que são um bocadinho transversais a todos os modelos, não são terapias cognitivo-comportamentais ou psicanalíticas ou psicodinâmicas, são transversais e temos que conhecer um bocadinho da comunidade. Nós por exemplo na sociedade portuguesa de sexologia organizámos um encontro de saúde LGBT em 2019, antes da pandemia e tivemos cá uma pessoa de Inglaterra que era da investigação mas agora mais da comunidade, chama-se Matt John Barker, vale muito a pena ler os livros e os artigos e neste momento ele está a fazer uma coisa que eu acho muito interessante que é o: informed self-care, não é fazer terapia mas é fazer recursos com pessoas da investigação, pessoas que investigam e que estão dentro dos temas, não é um sitezinho, as coisas estão muito bem escritas para pessoas LGBTQI. Houve uma coisa que eles disseram, que eu disse que ia repetir muitas vezes e repito que é: “se vocês estão a aprender com os vossos clientes então considerem que deviam estar a pagar-lhes a eles e não eles a vocês”. E eu estou a dizer

isto porquê? Porque eu oiço isto com curiosidade dos outros colegas: “aí eu estou a gostar tanto deste caso, estou a aprender imenso!” porque há muitas coisas, lá está, de linguagem, de cultura, de microcultura LGBTQ que são da cultura da cultura LGBTQ, se eu não tiver nada a ver com isso eu acho que não estou a dar um bom tratamento àquela pessoa, porque eu estou a aprender com ela em vez de ser ela a aprender comigo. O que é que é importante, quais é que são as estratégias mais importantes? Na psicoeducação por exemplo, falar de que associações é que existem, o que é que fazem, que centros estão abertos, que projetos existem, onde é que podem encontrar outras pessoas, porque normalmente as pessoas sentem-se muito sozinhas, não é? E estão muito isoladas e a parte do apoio comunitário é uma coisa que não podemos dar. Acho que quando eu comecei a trabalhar era muito mal visto o “aí é ativista que coisa!” e “lá vêm os ativistas, têm sempre montes de opinião.”, os clientes não são passivos, são ativos e são ativos no seu tratamento e podem questionar o tratamento e fazer-nos evoluir também naquilo que são os cuidados que nós damos. O apoio comunitário é um apoio que eu não posso dar, eu não estou disponível 24h por dia, a ninguém, pronto...quando há ideação suicida uma pessoa até tem ali uns esquemas para estar ali um bocadinho mais disponível 24h por dia, mas são casos excecionais e pontuais, nenhum psicólogo trabalha 24h por dia ou pelo menos não devia. Hum...agora se calhar aos amigos podemos ligar às 2 da manhã a dizer que estamos muito mal, não é? É diferente, só isto para mim já vale a pena que haja este criar de uma rede social de apoio, é a aceitação social é uma parte importantíssima, quando há rejeição familiar ainda é mais importante outras redes de apoio são e, portanto, nós temos que estar minimamente dentro para conseguir fazer isso. Quem diz do apoio comunitário diz também da investigação da área, não é? Por exemplo no caso das crianças e foi uma coisa que se discutiu um bocadinho, mas pouco, quando se discutiu a lei atual que permite aos 16 anos com o acordo dos pais mudar o nome, começou-se a falar “mas andamos a fazer isto a crianças?”, andamos e fazemos bloqueadores da puberdade, que é uma coisa que já se faz lá fora e cá faz-se muito pouco, porquê? Porque previne a puberdade, em vez de uma pessoa fazer um tratamento estético de, por exemplo, uma mastectomia para retirar o peito, bloqueia que o peito cresça porque é um carácter secundário da puberdade. Claro que isto faz-se em poucos casos, cá em Portugal não sei e é sempre muito difícil se se faz ou não, mas há estudos e o estado de arte é esse, toda a gente tem muito medo e a verdade é que ainda somos muito calculosos em fazer isso, mas agora dizer que isso se faz e que isso existe e que isso está a ser investigado lá fora, eu acho que tenho de ter informação sobre isso, mesmo que não seja uma coisa muito divulgada ou muito sabida ou muito generalizada e quem diz isso, diz outras coisas, temos que conhecer para perceber. Mesmo em termos de encaminhamento, há transfobia também nos profissionais de saúde, portanto nós também

temos que ter cuidado e alertar para que profissionais é que estão a recorrer e direcionar para o mais adequado possível, para os melhores cuidados de saúde possíveis. E neste sentido é prestar cuidados que sejam culturalmente específicos, culturalmente adequados, é aquela ideia da igualdade que se nós tratarmos toda a gente da mesma maneira não estamos a ser igualitários, não estamos a ser justos, porque se as pessoas são todas diferentes então precisam de um tratamento diferente para atingirem o mesmo e nas questões LGBTQI também há isso, por exemplo, isto às vezes acontece, homens que têm vulva, têm menstruação que não gostam de ter menstruação que sofrem psicologicamente também com a menstruação porque é um confronto com a biologia, mas não querem fazer contraceção porque estão numa relação com uma pessoa do mesmo sexo, porque não se justifica, porque para que é que eu vou fazer contraceção, isto é discriminatório, porque até parece que eu vou engravidar e vou ter sexo com alguém do género diferente...mas a contraceção é medicação. Da mesma maneira que os médicos medicam a contraceção para as raparigas não terem borbulhas, nós podemos usar contraceção para não ter menstruação, chama-se contraceção, chama-se, mas o que estamos a fazer é as hormonas X com efeito Y, é isto que ser quer, às vezes eu tenho de preparar estas consultas para dizer: “mas há soluções, há soluções que são eficazes, que não têm efeitos secundários graves que se calhar pode prevenir que todos os meses esteja a chorar com a menstruação”. Agora como não encontraram outros profissionais que falem dessa maneira, há logo uma recusa, “isso é para os cis-heterossexuais, eu não vou usar isso, não é para mim” e às vezes este lado de como nós comunicamos também é muito importante para o resultado final, portanto acho que é preciso conhecer as especificidades. Da mesma maneira, por exemplo, eu não sou religiosa, não fui criada dentro de uma religião, não fui batizada, nunca tive catequese mesmo vivendo em Portugal, se uma pessoa for muito religiosa se calhar eu não sou a psicóloga indicada e digo-lhe isto logo desde o início, se calhar pode estar com alguém que vá citar a bíblia quando for relevante e se calhar aquela palavra vai ter um poder muito forte e muito importante para aquela pessoa, porque culturalmente não é a minha área, não tenho informação suficiente sobre isso. Por isso às vezes é perceber as nuances, perceber os nossos limites éticos e aqui por exemplo, a supervisão que nós fazemos na ILGA Portugal também é importante no estarmos atentos, o falar com colegas, o percebermos um bocadinho os nossos próprios preconceitos. Ninguém é neutro, ninguém nasce neutro, nem cresce na neutralidade, nós crescemos no heterossexismo, portanto isto é uma área em que temos que nos autoavaliar, não estou a querer dizer analisar porque não é análise de análise, mas é refletir-nos sobre nós próprios e sobre aquilo que pode estar escondido, mas que podemos aprender mais.

Entrevistadora: Nesse sentido e tendo em conta que ainda existe muito conhecimento para incluir e para adaptar a própria intervenção clínica, quais é que acha que foram ou que são, os maiores desafios clínicos na intervenção transgénero e quais é que acha que são os maiores contributos para este acompanhamento?

Dra. M: Essa pergunta é assim profunda, é complicada. Também acho que é difícil para psicólogo porque nós somos um bocado chatos em dizer que “aí depende de muito da pessoa, depende da circunstância”, (risos), caí sempre bem dizer “depende”.

Entrevistadora: (risos) mas assim de uma forma generalizada.

Dra. M: Acho que é bom pensar que contribuí para mudar mentalidades, para o bem-estar das pessoas para saber lidar com a discriminação, com estigma, com a violência ou as microagressões de uma maneira que permita aquelas pessoas viver melhor e acho que quanto mais visibilidade positiva houver, quanto mais pessoas estejam bem na sua pele outros também se seguiram. E nota-se muito, eu noto muito a diferença nos adultos e nos jovens de hoje em dia, porque quando eu comecei a trabalhar os jovens vinham...nunca tinham falado com ninguém, era um grande sofrimento e agora já vêm com uma panóplia de informação, já leram imenso, às vezes o difícil é dizer: “olha sabes imenso sobre o acesso à saúde na América mas nós estamos em Portugal e na Europa, não tem nada a ver, desculpa lá mas estive a estudar outro sistema de saúde que é completamente privatizado, vive de seguradoras, não tem nada a ver com o nosso acesso europeu e português à saúde”, portanto isso também é interessante. Ou já contaram à família, já têm grupos de amigos, as escolas têm grupos LGBT, acho que é muito raro hoje em dia um jovem LGBTQ não saber quem são os outros jovens LGBTQ na escola, não é? E quando eu comecei a trabalhar não, era o único que sabia, não havia, não se viam, não existiam e, portanto, eu gosto de pensar que a investigação em sexologia e o trabalho rigoroso ajudou a mudar estas mentalidades e a dar uma visibilidade mais positiva. Obvio que com a comunidade, com as comunidades não foram os profissionais de saúde que fizeram este trabalho sozinhos, mas acho que deram a mão e acompanharam e também evoluíram muito com a mudanças e com essa evolução, portanto gosto de pensar que contribuímos. Por outro lado, acho que daquilo que vejo pelos meus colegas e à minha volta, acho que temos um lado de intervenção, de ativismo, de esclarecimento, que eu acho que também tem sido um fator positivo, não é? Aparece na televisão, mas não aparece enquanto “freak-show”, aparece também falar sobre isto com seriedade com rigor, com pessoas sérias e respeitadoras também a trabalhar, que no fundo dão

cara e representam muitos que não conseguem dar a cara e não conseguem falar de si, mas têm ali também uma voz a representar. Gosto de pensar que os terapeutas de alguma maneira contribuem para isso. Os principais desafios continuam a ser ainda o acesso à saúde, hum...acho que neste momento as consultas de sexologia publicas estão com lista de espera enormes, hum...portanto centros da covid e da pandemia era para aí 7 meses para a consulta de triagem, neste momento é bem capaz estar bem pior que isto, hum...e isto é grave, isto significa que há muita gente há espera, que as pessoas ficam muito desesperadas, às vezes é um momento importante de libertação e de “empowerment” a pessoa ir pedir uma consulta nos hospitais públicos para a pessoa poder começar com tratamento mais cirúrgicos e depois a desilusão de perceber que ainda vai passar por um processo muito longo, muito demorado e que não há pessoas suficientes a trabalhar para os pedidos e para as necessidades. Portanto eu acho que isso é um grande desafio, a maior parte dos pedidos de sexologia do país são uma parte, são apenas uma parte do trabalho que aqueles técnicos estão a fazer, às vezes é uma tarde, às vezes é um dia e isso mostra que não é prioritário. Isto para dizer o quê, por exemplo em relação em pedir avaliação e consultas endocrinológicas, no outro dia uma endocrinologista com quem eu trabalho dizia: “oh Joana não consigo uma consulta antes porque neste momento os diabéticos estão em lista de espera e os diabéticos é uma questão que passa à frente e é fator de risco para a covid”, portanto, é uma escolha. E é sempre assim a saúde é sempre uma escolha para este tipo de decisões, mas há este peso, então se calhar estas pessoas vão ter listas de espera mais longas, mais demoradas e isso atrasa o sentirem-se bem.

Entrevistadora: Pronto, Dra., entretanto chegámos ao fim da entrevista, eu gostaria apenas de lhe fazer uma última questão e para compreender o seu insight sobre esta experiência toda e se me permitir também perguntar, qual é que foi a sua perspectiva e a sua experiência pessoal enquanto psicóloga neste acompanhamento na área da sexologia.

Dra. M: Na área da sexologia ou na entrevista, não percebi.

Entrevistadora: Na sexologia, portanto na experiência que teve em fazer este acompanhamento e esta intervenção com pessoas LGBTQI.

Dra. M: É uma área muito sensível e que às vezes dá um bocadinho de medo as coisas que se ouve hoje em dia sobre a ideologia de género, por todo o lado, é uma questão global, não é uma

questão portuguesa, no fundo é cruzar o trabalho privado, privado no sentido de trabalho particular e o trabalho que nós fazemos com o público e político, assusta um bocadinho perceber que há tanta oposição e tantas pessoas com os olhos postos e de foco nas pessoas trans, mas também enquanto oposição a que existam, oposição a que se realizem e que sejam livres como os outros e ver isso no domínio público às vezes utilizado como arma, assusta um bocadinho. No fundo eu vi as coisas parecia que estávamos a fazer um caminho de reta ascendente e portanto, se calhar nos últimos anos, por razões políticas, há mais extrema-direita a dar atenção a estas questões e pronto é um bocadinho essa desilusão e medo de como será o futuro, como é que vamos garantir que aqueles direitos conquistados continuarão a existir e não vão haver regressões e atrasos, hum...mas no fundo tem sido bastante positivo e às vezes um bocadinho assustador, porque às vezes há situações em que não posso pintar um quadro muito cor de rosa de histórias de sucesso, às vezes as cirurgias são uma desilusão para as pessoas e não se sentem melhor, são cirurgias complicadas, complexas, hum...às vezes há pessoas que ficam muito zangadas de eu não conseguir que os filhos se normatizem e que correspondam às suas expectativas, há situações muito dramáticas.

Entrevistadora: Há uma sensação um bocadinho agridoce em relação a todo este processo.

Dra. M: Não, eu nisto até sou bastante otimista e de achar que cada vez mais vejo mais exemplos positivos e tenho uma visão otimista do futuro, mas às vezes as situações clinicamente e as coisas que se vão sabendo, claro que são muito dramáticas, não podemos negligenciar e esquecer o risco maior de suicídio, por exemplo.

Entrevistadora: É perfeitamente compreensível que isto é uma realidade que para quem está na área, também a combater enquanto ativista porque estando também a defender estas causas acaba também por ser um ativismo por si, compreendo que seja complicado de lidar com esse lado. Por outro lado, é gratificante, mas por outro óbvio que este confronto constante com estas exigências exteriores e estas mudanças que vão acontecendo também se tornam difíceis de acompanhar, mas de qualquer das formas, hum...é um processo que está em construção e que estará sempre em construção e pronto. Agradeço bastante a sua presença e por ter feito a entrevista comigo, é certamente muito útil saber a sua opinião e vai ser certamente muito útil para minha tese. Obrigada pela sua disponibilidade Dra.

Dra. M: De nada Filipa, não sei se respondi ou se correspondeu às expectativas, mas pronto.

Entrevistadora: Correspondeu sim, vai ser muito útil extrair aqui muito do conteúdo que falamos hoje e corroborar também com algumas que eu tenho andando a investigar, por isso muito obrigada.

Dra. M: De nada! Bom trabalho!

Anexo 9

Entrevista ao Psicólogo Clínica especializado em sexologia

Dr. J

Entrevistadora: Ok então para contextualizar aqui um bocadinho sobre aquilo que já tinha referido que é a minha investigação, o objetivo aqui seria compreender a influencia do processo psicoterapêutico na aceitação social transgénero e com isto eu queria avaliar primordialmente três dimensões que achei mais relevantes, achei mais interessantes de compreender que são: a abordagem clinica do terapeuta, qual é que é a abordagem mais eficaz, mais benéfica no acompanhamento trans, de pessoas trans, pessoas LGBT; como é que se estabelece a relação terapêutico, o que é que muda, o que é que efetivamente é, como é que se trabalha a identidade de género na relação terapêutica, achei que isso também podia ser um tópico bastante curioso de explorar e por fim, a adaptação social, quais os maiores desafios clínicos, o que é que podemos prever para o futuro LGBT, o que é que se pode sugerir, no fundo fazer um balanço do que é que aconteceu em termos culturais, o que nos levou até ao momento de hoje e até à nossa forma de olhar a sexualidade. Nesse sentido eu gostaria também de saber um bocadinho sobre ti, saber o que é que te fez explorar este tema da sexualidade, como é que foi este percurso para ti e pronto queria que contasses um bocadinho sobre isto.

Dr. J: Então... vamos começar por mim e depois vais-me fazendo questões relativamente a estas esferas que queres abordar, certo?

Entrevistadora: Hum-hum!

Dr. J: Então olha, eu quando ainda estava a fazer o mestrado, tinha muito interesse pela área forense e na altura fui convidado por um amigo meu que era sexólogo clínico e estava a dar uma formação de uma associação que existia na época que era... ILAS, Instituição Luso-Americana de Sexologia.

Entrevistadora: Hum-hum

Dr. J: E estava a dar uma formação em sexologia clínica, uma pós-graduação e fui convidado porque na altura havia um modulo que associava a sexologia à área forense e fui a esse modulo, assisti ao modulo de sexologia e forense, mas metade da primeira aula foram parafilias e eu já tinha dado no Ispa, no terceiro ano, salvo erro, em psicopatologia já tinha dado parafilias e estava dentro tema porque tinha feito um trabalho na área. Hum...e interessei-me, interessei-me muito pelo tema. Depois fui falando com ele, terminei o mestrado, o mestrado não teve nada a ver com isto, teve a ver com uma análise numa perspetiva psicodinâmica de obras de arte. E entretanto comecei a fazer o estágio académica numa clinica de reabilitação de acidentes neurológicos e fui convidado por esta pessoa para fazer o curso de pós-graduação em sexologia clinica através da American Border Psychology e eu não podia rejeitar, era uma ótima oportunidade, era uma área na qual tinha bastante interesse e uma área que tocava naquilo que eu estava a fazer, porque eu estava a trabalhar com pessoas que tinham sofrido acidentes neurológicos, alguns por acidentes vasculares, outros porque tinham estado em acidentes de viação, tinham ficado com traumas graves e uma das áreas destas pessoas que é totalmente ignorada é a área da sexualidade. A partir do momento em que uma pessoa se vê numa cadeira de rodas ou se vê como limitações motoras, nós esquecemo-nos que é uma pessoa que é um ser sexual. Então achei que iria enriquecer aquilo que estava a fazer. Adorei o curso, foi uma formação de um ano e depois ele convidou-me para trabalhar com ele na pelvic clinic, ele tinha trabalho no Júlio de Matos com a Dra.Catarina Soares, formavam a equipa de sexologia clínica, entretanto ele saiu quando houve a remodelação do Júlio e fundou, quer dizer a clínica já existia, mas fundou esta área de intervenção. Na altura tinha estado a trabalhar com outra sexóloga, entretanto ela mudou de área e ele convidou-me para trabalhar com ele e durante uns anos fiquei a trabalhar exclusivamente com a população transexual a fazer avaliações a disforia de género, hum...agora a minha abordagem é mais ampla, já estou a trabalhar em mais de que uma clinica, portanto, reservo-me na pelvic clinic a trabalhar com pessoas com disforia de género e não só, outras áreas da sexologia também, mas outras áreas de intervenção psicoterapêutica faço noutros sítios. Foi aqui que eu cheguei à sexologia clínica, foi uma oportunidade que se apresentou, foi uma área que eu já tinha interesse e apaixonei-me, é profundamente gratificante trabalhar com esta população, tem desafios diferentes, mas é profundamente gratificante. Tem resultados e tem um impacto imediato, isso é bastante interessante e tem uma componente também interessante, que eu sei que vais abordar mais à frente nas questões, que é aqui a questão da relação terapêutica, são relações que se estabelecem com uma intensidade fora do normal porque muito cedo é necessário criar um elo de ligação, é necessário criar um laço de confiança, nós ao longo do processo de avaliação pegamos em áreas sensíveis e a pessoa vem também muitas vezes

numa situação de vulnerabilidade e, portanto, este elo estabelece rapidamente e torna o processo bastante interessante.

Entrevistadora: Aproveitando esta sequência de eventos que te levou a fazer esta intervenção nesta especialização, o que é que...eu queria aproveitar para falar da relação terapêutica, mas sim, um bocadinho mais à frente, primeiro gostaria de explorar o que é achaste que era mais relevante ou o que é que achaste que era mais eficaz nesta primeira abordagem com o paciente em termos de intervenção, em termos de abordagem ao modelo de referência? Com o que é que te deparaste quando começaste a trabalhar com esta comunidade?

Dr.J: O que é que me deparei...deparei-me com muita fragilidade, deparei-me com muito isolamento, deparei-me com pessoas que chegavam com imensas comorbidades psicopatológicas, histórias de vida muito pesadas, umas com histórias de depressão, de ansiedade, perturbações obsessivo-compulsivas, pessoas com marco historial de comportamento autolesivo...e atenção podemos isolar dois tipos de pessoas: há aqueles que vêm iniciar o processo de transição e que estão num processo de diálogo interno há muitos anos, vêm bem informados, sabem o que querem e estão bem resolvidos, relativamente ao início do processo de transição e há pessoas que vêm no sentido mais exploratório. Em qualquer um dos casos aquilo que eu sinto que é mais importante é haver espaço e o poder proporcionar um espaço, um espaço para que eles possam ser ouvidos, um espaço para que possam trazer a sua narrativa, a sua história sem qualquer tipo de preconceito ou discriminação, é um espaço de psicoeducação onde tento desconstruir determinados mitos que se vão estabelecendo ao longo da vida e nos casos em que querem muito iniciar, já ontem, o processo de terapia hormonal, é tentar informá-los o melhor possível e ritmá-los, ou seja, tentar com que eles percebam que existe um tempo, existe um tempo para pensar, existe um tempo para sentir e deve existir um espaço para esse tempo. Portanto modelar um bocadinho as expectativas e os ritmos e quem vem numa fase mais exploratória, é dar espaço para que isso possa acontecer, é dar espaço para que se possam exprimir e explorar e dizer tudo aquilo que têm a dizer e falar dos medos e das dúvidas. Portanto aquilo que eu acho que é essencial é haver relação, ou seja, respeitar os ritmos e a autodeterminação do utente claro, mas não haver pressa da nossa parte de fazê-los avançar ou sermos influenciados pela angústia, pela pressa que eles sentem, não é prende-los num processo, isso não faz sentido, mas é dar espaço para que eles consigam perceber que têm que pensar e têm que sentir, não é só avançar. Avançar só sem estarem preparados e sem haver momentos de reflexão...seria só negativo para eles. Portanto acho que o essencial é isso, é haver relação e espaço para a relação.

Entrevistadora: Dentro destes dois tipos ou estas duas fases que mencionaste, sentes que existe uma diferença pela forma como as pessoas entram em consultório quando estão nestas duas fases distintas, ou seja, uma pessoa que está numa fase exploração e partilha isto contigo e eventualmente vai chegar a esta conclusão ou não, que efetivamente não se identifica com o género, ou seja o que for que surgir em consulta. Dentro deste paradigma e dentro paradigma em que a pessoa vem com isto mais ou menos desconstruído e que já quer realmente sedimentar estas questões ou pronto tentar fazer todo um processo de adaptação ao meio ou há sua rede de apoio. Como é que sentes que isto é vivido em terapia, no sentido de resistência ou abertura para com a sexualidade, para com a identidade?

Dr.J: Ok, deixa-me ver se percebi, então, se eu não estiver a responder à tua questão diz-me está bem?

Entrevistadora: Hum-hum.

Dr.J: Na população que vem numa forma mais exploratório, noto que muitos vêm, vá dependente, há pessoa que aquilo que trazem não são questões ao nível da identidade de género, mas sim questões ao nível da identidade. E nesses casos o meu trabalho será diferente, será um trabalho psicoterapêutico, será um trabalho a longo-prazo, será um trabalho de construção identitária desta pessoa, ajudá-la a construir-se enquanto pessoa, ajudá-lo a descobrir-se. Agora quando eu sinto que existem questões reais ao nível da identidade de género, estas pessoas vêm ainda num formato muito exploratório porque...isto pode acontecer por várias razões está bem? Hum...as pessoas vêm num formato muito exploratório muitas vezes por medo, porque têm inconscientemente ou consciente, a noção de que iniciar o processo de transição sexual é ao mesmo tempo perder uma parte da vida delas, ou seja, é perderem a história delas porque existe um mito que a vida se cliva e que hoje sou uma pessoa e amanhã serei outra e uma tensão enorme para apagar aquilo que foi, depois, medo porque percebem que vão perder amigos, medo porque percebem que vão perder a família, medo porque sentem-se inseguros socialmente, porque sentem que a nível laboral vão perder oportunidades. Casos de pessoas com disforia de género que têm imensos mitos, que são profundamente transfóbicos e portanto não se permitem pensar ou a viver quem realmente são e o meu trabalho com estas pessoas é desconstruí-las e é prepará-las, é encontrarmos na relação terapêutica um novo modelo relacional,

encontrarem em mim neste espaço, um espaço de segurança que possam mais tarde poder projetar para fora da relação terapêutica, isto será um dos trabalhos necessários para poder abordar esta questão com a família, pensarem de onde é que nascem estes medos, se são reais ou não são reais, irem preparando a família aos poucos, terem técnicas para chegar à família sem serem demasiado expostos a reações excessivamente agressivas, desconstruírem mitos, desconstruírem ideais transfóbicas, porque existem de uma forma e natural, durante tanto anos lutaram para se manterem íntegros, durante tantos anos lutaram para poderem ser aceites socialmente que de alguma forma continuam a lutar, a lutar para preservar uma ideia, uma ideia que foi imposta pelo outro, sim mas uma ideia que também é imposta por eles mesmos. E isso requer tempo.

Entrevistadora: Houve uma ideia que mencionaste que eu achei muito interessante distinguir, que é esta ideia de trabalhar a identidade e trabalhar a identidade de género, isto é uma coisa que se pode confundir? Quando uma pessoa tem uma identidade que é estruturada e não têm uma base sólida, é possível confundir-se com a ideia de género?

Dr.J: Sabes, por causa da quantidade de informação que existe hoje em dia, é algo ótimo esta informação, é ótimo haverem grupos de debate e grupos de apoio e discord que falem com pessoas que vivem nos Estados Unidos, no Brasil e na Inglaterra e isso tudo é ótimo, mas... chegam pessoas cada vez mais novas, eu tenho utentes com 12 anos, são pessoas numa fase muito precoce ainda da construção identitária, muito precoce não, mas ainda estão numa fase de construção e podem confundir as angústias típicas da idade, podem confundir questões associadas à orientação sexual, podem confundir questões associadas à expressão de género com questões de identidade de género, podem. Por exemplo um rapaz que é excessivamente feminino e atenção, não tem nada a ver com a orientação sexual, é excessivamente feminino porque no seu processo de construção identitária, no seu processo de identificação, identificou-se mais com as figuras femininas que tinha à sua volta, isto pode acontecer por variadíssimas razões, pela ausência de figuras masculinas, por uma figura masculina tóxica e outra figura feminina protetora e contentora e portanto este rapaz é feminino e este rapaz feminino confronta-se na adolescência com isolamento social, com Bullying, com bocas, com a rejeição do outro e pode ir para a internet e ver histórias nas quais houve pessoas que eram rapazes que não se sintam rapazes que sentiam raparigas e estas histórias podem fazer ressonância com ele e esta ressonância pode levá-lo a fazer pensar que, no fundo, é uma pessoa transexual. Depois vão para grupos e nos grupos estas ideias são alimentadas, não há espaço socialmente, eu sinto que há cada vez menos espaço para pensar, aliás chega muita gente em sessão com esta questão que é: existe uma

grande pressão para que haja uma narrativa única, para que a pessoa transexual tenha uma única narrativa, “tens que ser isto, tens que passar por isto, tens de pensar nisto e ter sentido isto, porque se não, não és verdadeiramente transexual, por se não, não és tão transexual como eu” e estamos a falar de pessoas que estão ainda no processo de construção identitária, portanto, podem procurar apenas um sitio de pertença e aqui nem estou a falar tanto na questão de transexualidade, mas mais na questão de transgenerismo, daí passar a querer fazer alterações ao corpo vai um passo ainda longo. Era esta a tua questão?

Entrevistadora: É. Hum e já que pegaste também nesta questão de fazer a inclusão em grupos de apoio principalmente para adolescentes que ainda estão nessa fase de desenvolvimento da sua própria identidade, isto é algo que tu sugeres a todos os pacientes, é algo que depende do paciente, como é que fazes?

Dr. J: Eu não sugiro nada, eles surgem já inseridos nesses grupos e atenção eu não lhes apelidaria como grupos de apoio, peço desculpa por ter usado o termo, mas mais grupos de validação, são grupos de internet a maior parte deles, existem também no real, fora do mundo digital mas podiam ter um papel fundamental e alguns têm, alguns movimentos individuais, mas muitos deles são compostos por uma carga ideológica e política tão grande que a discussão vai sempre para outros temas e muitos utentes que eu acompanho não sentem confortáveis a ir às reuniões e ao final de uma ou duas reuniões acabam por se afastar.

Entrevistadora: Acaba por não lhes dar essa contenção que eles estavam à procura e acaba por direcionar a conversa a ideologia imposta, no grupo?

Dr.J: Olha muitas vezes são grupos de ódio, falam mal dos técnicos, dos cirurgiões, falam mal disto, daquilo e aqueloutro, hum...confunde-se muito e agora vou citar um texto que te vou enviar, foi uma coisa que eu preparei para uma apresentação de identidade e afetos num colóquio. E eu vou citar um bocadinho a minha opinião sobre o tema. Eu escrevi o seguinte...e isto que eu vou dizer refere-se ao papel das instituições LGBT, mas também fala sobre o papel do tecido social mais conservador: “Vivemos numa época em que termos que deveriam ser relativos à ciência, são usurpados e descontextualizados, desvitalizados e destituídos do seu significado e significância, tornando-se em falsos símbolos de revolução e poder, de ódio e preconceito. Escritores que se tornem que se tornam indiscriminadores, são estoicamente eterificados e usados na esfera do social e do político em prol de um pensamento que se cliva do real,

sacrificando em última instância, proteger o que sempre foi. Escritores que indevidamente apropriados e distorcidos, se transformam em cavalos de batalha, sacrificando também desta forma o real em prol de uma suposta revolução social, sem que em nenhuma circunstância o benefício se – ininteligível – vandalismo intelectual.” O que é que eu quero dizer com isto? Quero dizer que em termos associativos há uma distorção destes fenómenos e existe uma distorção destes fenómenos para alimentar uma narrativa e essa narrativa não tem por melhor interesse, o interesse da pessoa que sofre com estas questões. E depois há todo o resto, quem discrimina e quem assassina e quem bate...porque existe, ainda existe. Eu podia-te contar vários casos de situações e de história de vida que...são profundamente perturbadoras, para teres uma noção há aqui uma diferença na forma como a pessoa transexual é aceite socialmente se for “F to M”, portanto “female to male”, ou se for “M to F”, portanto “Male to Female”. O F to M é socialmente muito mais aceite, aliás eu tive um utente que uma vez utilizou a seguinte expressão, fartei-me de rir com ele, “parece que estou a fazer um upgrade, agora sou um homem!”. E em termos sociais também, reparava na diferença, não é? Porque há medida que o corpo se masculinizava as pessoas ouviam-no mais, interrompiam-no menos, tinha um espaço maior à sua volta, portanto já não tocavam nele no metro, nem no autocarro e ele sentia isto, sentia isto com grande intensidade. Nos casos M to F, ainda há uma discriminação muito violenta, não é uma boca, não é uma provocação, não é um “nunca vais ser um homem”, como se dizem nos outros casos a algumas pessoas, não, estamos a falar de agressões físicas, estamos a falar de violações, estamos a falar de abandono, pessoas que são postas fora de casa, pessoas que são agredidas por familiares, por estranhos, pessoas que são violadas na rua e humilhadas...ah...que quando procuram apoio dentro das estruturas que deveriam prestar apoio, como as forças de segurança pública, ainda são mais humilhadas, ainda são mais humilhadas...portanto o que eu quer dizer com isto é que ainda temos um largo caminho a percorrer e as associações ativistas têm um papel fundamental a prestar e esse papel deve ser o de desconstrução, na minha perspetiva, de desconstrução e de criação de espaços de diálogo para que isto não aconteça, para educar.

Entrevistadora: Hum-hum e sensibilizar estes temas.

Dr. J: Mais do que sensibilizar acho que ainda estamos numa fase de educar, sabes?

Entrevistadora: Pois realmente esta diferença entre a mudança de sexo nas pessoas trans deve ser efetivamente uma diferença significativa. Vivendo numa sociedade que é maioritariamente patriarcal, é normal que surjam estes conflitos, que depois devem ser difíceis para as pessoas

de interiorizar, não é? Agora que fizeram este processo, ainda vão ter que passar por tudo o que é viver perante este papel de género em sociedade e suponho que isso também deve ser difícil.

Dr. J: O processo de harmonização nos casos F to M, têm um sucesso tremendo, a masculinização do corpo, ocorre muito bem. Nos casos M to F, o processo de harmonização já não é tão fluido, porque existem alterações estruturais, como alterações músculo-esqueléticas, como alterações das cordas vocais e nada disso é influenciado pela terapia hormonal, portanto é mais difícil, são mais facilmente identificados na rua e deparam-se mais com essa questão que tu estavas a dizer.

Entrevistadora: E em relação às pessoas que são queer, gender fluid, como é que se harmoniza esse processo?

Dr.J: Como é que se harmoniza esse processo, como assim?

Entrevistadora: Ou seja, dentro deste contexto de depois assumir um determinado papel socialmente, como é que se compara entre as pessoas que fazem a transição para um sexo oposto e as pessoas que se identificam de uma forma mais fluida, como é que sentes que isso acontece?

Dr.J: Engraçado, ainda ontem houve aqui uma reunião e foi sobre estas questões e estávamos a falar sobre isso. Bem, respondendo àquilo que estás a dizer, podemos fazer o paralelismo com os comportamentos de identificação e comportamentos de oposição que há na infância e na adolescência. Sempre que há um comportamento de oposição, ou seja, um comportamento de construção oposto àquilo que é normativo, nós sabemos que vai haver uma fricção maior, vai haver uma fricção com estrutura social, portanto essa fricção vai causar sofrimento, vai fazer com que a estrutura orgânica em si, o social, procure de alguma forma normalizar aquela pessoa. Esse processo de normalização é sempre violento porque é rejeição daquilo que aquela pessoa se diz ser e como ela se sente confortável. Não sei se ainda dão, mas quando estava no Ispa no primeiro ano, num trabalho de cognitiva, havia um estudo que tinha sido feito, não era cognitiva, acho que era social, tinha sido feito com chimpanzés, interessante que era: tinham posto um grupo de macacos dentro de um espaço fechado somente com um escadote e bananas. Naturalmente os macacos subiam o escadote e iam buscar as bananas, mas sempre que eles subiam o escadote e iam buscar as bananas ligavam-se os expressores e levavam um grande banho de água. Ao final de algumas tentativas, sempre que algum macaco tentava subir as escadas, levava dos

outros macacos e deixava de ir, depois trocaram um macaco da população original por um outro macaco. Esse novo macaco quando entra naquela sala vê as bananas e tenta subir o escadote, rapidamente foi maltratado pelos outros no sentido de inibir aquele comportamento. No final da experiência já não havia um único macaco que tivesse molhado pelos expressores, mas nenhum dos macacos daquela população subia o escadote. Portanto este processo de normalização, como vês, é sempre um processo de violência. É um exemplo muito simplista, mas isto acontece (risos). Nós socialmente quando vemos alguém que é diferente, olhamos, olhamos porque sai daquilo que está estandardizado, não é? Não compreendemos aquilo que estamos a ver, somos seres curiosos, ficamos a observar, mas depois entram aqui os processos discriminatórios, ou seja, a tentativa de homogeneizar o comportamento do outro é acompanhado sempre por este processo de discriminação, de violência, de agressão.

Entrevistadora: Eu achei esse exemplo muito curioso e dava vontade para explorar para outros lados, mas acho que já ia fugir um bocadinho do tema. Mas acho curioso ver essa tendência, esse impulso coletivo perante aquilo que é a anulação do individuo, ou como é que isso estabelece o nosso paradigma contemporâneo. E numa época em que estimulamos a globalização, numa época em que queremos incentivar a individualidade, ao mesmo tempo existe sempre essa oposição que estavas a falar em querer reatar aquilo que é o normativo. É interessante como é tão primário como o exemplo que deu, isto é uma coisa que está muito intrínseca em nós, é uma coisa que já nos é orgânica.

Dr.J: Eu no primeiro confinamento apercebi-me que o Ispa estava a dar aulas online e que qualquer pessoa podia aceder à sala de aula através do Facebook do Ispa, acho eu. E então entro numa aula de cognitiva do primeiro ano e deparo-me com um professor a repetir durante meia hora o mesmo conceito e a justificar-se. A ideia que ela estava a passar era a seguinte: nós estamos neurologicamente construídos para criar estereótipos, o estereotipo permite-nos organizar o mundo em bolhas de informação, que nos fazem perceber o mundo como sendo algo previsível e nós necessitamos de sentir o mundo como algo previsível para quando surge algo imprevisível nós poderemos rapidamente perceber o que é que é isto e devo ou não devo proteger-me disto que está a acontecer. Nós temos que perceber que as nossas estruturas estão feitas há milhares de anos e mantêm-se há milhares de anos. E ela estava a justificar isto que estava a dizer, tentando explicar que, “claro que há estereótipos que são negativos, porque são discriminação e temos vários exemplos como as questões associadas à discriminação de pessoas de orientações sexuais não normativas, questões de identidade de género...”. Mas estava o tempo

todo a justificar porque é que estava a dizer o que estava a dizer, quando aquilo que ela estava a dizer era meramente científico (risos). E era isto que eu te estava a dizer no início, que é: nós não podemos desvirtuar o nosso papel enquanto pessoas de ciência e não podemos negar a realidade da ciência em prol de uma narrativa ideológica. Temos de tentar e criar espaço para que essa narrativa surja numa forma de discussão, numa forma que possa ser discutida, que possam ser criadas hipóteses, que possa ser transformada em ciência. Mas negar o próprio movimento científico para suportar uma forma ideológica de ver o mundo, eu penso que é o caminho errado, pode ser o caminho mais rápido, no sentido de luta social, isto vai no sentido daquilo que te dizia sobre a apropriação dos termos científicos. Mas isto em encontro daquilo que estavas a dizer há pouco, isto são coisas que estão no nosso mais básico, nós estamos formatados para ver o mundo de uma forma previsível e infelizmente ao longo de séculos e séculos e séculos, fomos socializados aculturados desta forma, para que o homem tenha um papel estanque, para que a mulher tenha um papel estanque e para que a vida social se organize desta forma. A importância de defender a família tradicional também vem neste sentido, associado à questão de propriedade, está muito associado à questão das heranças.

Entrevistadora: Mas, ou seja, tendo em conta esse “background” científico que opera sobre as nossas relações comuns, como é que conseguimos desconstruir a ideia...hoje em dia existe uma maior liberdade em podermos posicionar-nos perante as crenças que realmente nos fazem sentido, temos os papéis que realmente queremos seguir, eu enquanto mulher já não tenho que ser submissa ao homem, eu enquanto mulher já me sei definir enquanto aquilo que eu quiser definir e vice-versa. Ou seja, numa altura em que as relações são líquidas e numa altura em que as nossas posições são muito mais fluidas, esta ideia da previsibilidade se calhar acaba por ser...menos previsível (risos).

Dr.J: É assim eu acho que a mudança vai criar novas estruturas estáveis, a mudança estabiliza-se. Agora, nós temos que desconstruir obviamente aquilo que de tóxico existe nas construções de género e aquilo que existe de tóxico nas construções de género é a ideia de que o homem para ser homem, tem de ser de uma forma e a mulher para ser mulher, tem de ser de outra forma. Temos que desconstruir os mitos associadas às questões transfóbicas, homofóbicas, racistas, porque não fazem sentido e eu pus aqui o racismo à mistura só para dizer uma coisa, que é: em biologia defende-se a ideia de que quanto maior a variabilidade genética dentro de uma espécie, maior a probabilidade que essa espécie tem de sobreviver e essa vivência do mais apto e não do mais forte. E eu vendo a estrutura social como uma estrutura orgânica, penso precisamente

da mesma forma, quanto maior variabilidade existir dentro de uma estrutura social, maior a probabilidade dessa estrutura social sobreviver aos desafios do tempo. Portanto tem que haver espaço para que todas as formas de expressão de ser e de pensar possam coexistir de forma saudável desde que se respeitem umas às outras, obviamente. Agora, eu acho que em relação ao que estavas a dizer, é imperativo mudar. Mas essa mudança não pode ser forçada e é isso que eu sinto, se houver um posicionamento muito agressivo aquilo que vamos fazer é clivar mais a estrutura social, que já se encontra partida. As pessoas deixaram de dialogar umas com as outras, as pessoas deixaram de criar espaço para pensar naquilo que o outro está a dizer, nós cada vez nos encontramos mais polarizados e estruturas do pensar cristalizadas. E quando vemos alguém dizer: “tu és um idiota porque pensar assim”, o que é que eu imediatamente vou fazer? Vou colocar-me numa postura defensiva. Se eu já eu me encontro dentro de uma estrutura polarizada, vou-me polarizar ainda mais. Pronto eu acho que cada vez há menos espaço para pensar e eu acho que é preciso criar esse espaço, portanto isso só vem com a educação. Para conseguirmos mudar isto temos que educar, educar, educar, temos que expor, expor, expor e normalizar, normalizar. Eu via hoje um artigo que dizia que o filho do super-homem vai ser bissexual, era só isto, o filho do super-homem vai ser bissexual. A quantidade de comentários ofensivos a estas publicações é algo que me foge completamente, não percebo, quer dizer, percebo, não percebendo percebo.

Entrevistadora: É surreal esse confronto.

Dr.J: Em 2015 saio um estudo, interessante, no qual pegaram numa amostra de homens heterossexuais e dividiram-no em dois grupos, pegaram num questionário de valores e dividiram-no em dois grupos, homens heterossexuais homofóbicos e homens heterossexuais não-homofóbicos. De seguida colocaram-nos a ver pornografia hétero, lésbica e gay, sendo que tinha uma série de medidores biométricos, excitação, pulsação, temperatura corporal, dilatação pupilar e um medidor de atividade peniana. Ambos os grupos reagiram positivamente à pornografia hétero e lésbica como seria de esperar, apenas um dos grupos reagiu positivamente à pornografia gay, consegues imaginar qual é que é?

Entrevistadora: (risos) portanto, os homofóbicos, suponho.

Dr.J: Os homofóbicos.

Entrevistadora: Esta questão da repressão também é uma questão muito interessante.

Dr.J: É, o recalçamento, o recalcar de uma parte de ti. Há uma autora que tu poderias explorar, que é a Elisabeth Badinter, vou te enviar depois um texto com o nome dela. Ela fala muito das questões do masculino e do feminino, ela aborda o feminino e o masculino e a sua evolução ao longo do tempo, ela aborda o masculino e o feminino quase como forças que se construíram uma na outra, quase não, como sendo forças que se construíram uma na outra. Uma em oposição à outra. Sendo que o masculino não é nada mais, nada menos, que o oposto do feminino em várias formas e há medida que o feminino tem vindo a mudar ao longo do tempo, porque desde do século XVII ou século XVIII, quando foi o movimento das (imperceptível), em França, que se iniciou no século XVII julgo, que aquilo que significa ser homem e aquilo que é o masculino, tem vindo a cair numa espécie de vazio identitário, porque se aquilo no qual ele se constrói se desloca, então o que é que ele passa a ser?

Entrevistadora: Isso é muito interessante e existir essa sobreposição no género, é muito interessante visto desta perspetiva. Mas já que também falamos dessa origem e desse caminho que é percorrido no género, o género a tua ver quando é que ele é definido? Eu sei que existe muito debate em relação a isto e existem diferentes fontes que definem isto de forma diferente, mas por exemplo eu estava a ler os *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade* de Freud e achei interessante esta ideia que o género só é construído posteriormente e quando se chega à fase do Édipo é que realmente se pode propor esta ideia do género, que até então a única força regente é o sexo, mas não seria obrigatoriamente equivalente ao género. E eu tenho curiosidade de saber qual é o teu ponto de vista sobre isso.

Dr.J: É engraçado porque há uma passagem nos *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade* em que Freud fala sobre a homossexualidade e tenta procurar uma forma de compreender a homossexualidade e ele diz assim: “existe uma predisposição física para a bissexualidade, que se modifica ao longo do processo do desenvolvimento para vir a resultar numa unissexualidade onde restam apenas partes vestígio do sexo atrofiado” e depois acrescenta, “seria tentador transpor esta noção para o domínio psíquico e compreender a inversão”, ele utiliza o termo inversão em vez de homossexualidade, “em todas as suas variações, como a expressão do hermafroditismo psíquico”. E ele quando fala nisto julgo que estava muito mais próximo de fazer uma leitura compreensiva sobre a transexualidade, do que propriamente sobre a homossexualidade. É uma pergunta interessante esta que tu fazes, nós temos ainda uma capacidade muito limitada

de perceber o cérebro humano e perceber o que poderá estar na gênese das questões de identidade de gênero e, portanto, na estruturação da ideia de gênero, porque são coisas diferentes e a língua é tramada porque a identidade de gênero parece que está associada a gênero, mas acho que não tem nada a ver com gênero. A associação será óbvia, mas eu penso que existe aqui uma clara separação entre estes dois termos, estes dois conceitos, gênero é algo que se constrói socioculturalmente, varia de tempo histórico para tempo histórico e varia dentro do mesmo tempo histórico em diferentes sociedades. Gênero é aquilo que significa ser homem ou mulher dentro de uma determinada idade, é aquilo que significa ser homem e mulher, menino e menina, aquilo que significa ser um jovem ou uma jovem, hum... são os papéis de gênero, são os papéis sociais que nos são socialmente impostos de alguma forma, não é? Autoimpostos ou hétero-impostos. Agora, o gênero nasce do processo de socialização e nasce no processo de aculturação, portanto, nós sabemos que esse processo começa “in utero”, portanto esta aprendizagem sobre o que é que é ser homem, ou o que é ser mulher, o que é ser menino e o que é ser menina, começa desde muito cedo quando estamos frente a frente a uma criança e ela está vestida de azul e interpretamos como sendo menino e tratamos de forma diferente, utilizamos uma linguística diferente, do que quando temos pela frente um bebê com roupa cor-de-rosa. Foi feita uma experiência muito gira em trocaram os bebês rapaz e puseram com roupa de menina, determinada de menina e bebês menina puseram com roupa determinada de rapaz e puseram-nos a brincar com pessoas, com cuidadores, que não saibam quem as crianças eram, era só uma experiência em que lhes davam o bebê e a pessoa brinca com o bebê. É interessantíssimo, sem saberem presumiam o sexo através da roupa que a criança tinha vestida e chegaram à conclusão que toda a linguagem corporal e a linguagem expressa modificava-se, para as raparigas eram utilizados adjetivos diferentes, era utilizada uma linguagem diferente, para os rapazes eram outros, portanto os rapazes eram sempre os grandes rapagões, eram muito fortes, eram muito lindos, eram sempre umas princesas, eram sempre muito frágeis, eram sempre muito bonitas, eram sempre muito bem-comportadas, não é? Aos rapazes não se exige que sejam bem-comportados, mas às raparigas exige-se. Portanto o processo de adequação das crianças a um determinado gênero começa a partir do momento em que nascem, obviamente que quando chegam ao processo que Freud descreve como complexo de Édipo ou complexo de Electra. Aí estamos face a face com os movimentos de identificação e os movimentos de oposição que a criança vai fazer e a criança geralmente identifica-se com a pessoa com a mesma identidade de gênero, com o mesmo sexo e, portanto, vai iniciar o processo de identificação, o rapaz com o pai e a rapariga com a mãe. E aí começa-se a estabelecer de forma mais intensa o que é que significa ser rapaz ou ser rapariga, o que significa ser homem ou mulher para esta pessoa, mas é ela que começa desde muito

cedo. Agora, quando falamos em identidade de género a questão já é diferente e eu sinceramente tenho vindo a colocar em causa a importância do anatómico no complexo de Édipo e no complexo de Electra, por uma razão muito simples...há uma hipótese que tem ganho algum terreno, nós ainda não sabemos o que é que está na génese da transexualidade, nem vale a pena, mas há uma hipótese que tem tido algum suporte que é a ideia de que o processo de masculinização do feto ocorre em dois momentos diferentes e é feita a masculinização das estruturas neurológicas e é feita a masculinização das estruturas genitais em momentos diferentes, portanto a hipótese é: no fenómeno da transexualidade há uma alteração neste processo, ou se dá a masculinização das estruturas neurológicas, não se dando a masculinização das estruturas genitais ou vice-versa. Portanto é quase como se houvessem aqui dois sexos: o sexo biológico determinado pela genitália, porque atenção, nem sempre o sexo biológico é o sexo cromossomático, a criança pode ser XY mas uma parte do género Y estava inativo e não se produz uma determinada proteína necessária para o processo de masculinização e o segundo sexo que é o sexo neurológico e este sexo neurológico, que ninguém pode provar, é quase como só conseguimos ver que existe ali um objeto porque há gravidade ali, mas não conseguimos ver o objeto. Há ali qualquer coisa. E eu digo isto porque não há nenhuma evidência que a transexualidade tem origem em processos ambientais, nem de socialização, nem educação, nem nada. Portanto é algo que nasce com a criança, se é algo que nasce com a criança, das duas uma: ou há um gene, que eu acho muito difícil que haja um gene, ou então há algo que modifica o processo durante a gestação. Esta hipótese vem trazer alguma luz relativamente a esta questão e se isto realmente se confirmar e se houver realmente um sexo neurológico prévio e pré-estabelecido, nós podemos pensar na identidade de género como um amadurecimento que acontece assente numa estrutura inata, numa estrutura que já lá existe, que é este sexo neurológico. E só nós percebermos a identidade de género como algo inato, é nos menos estranho perceber os comportamentos cruzados que as crianças transexuais têm em idades tão precoces. Eu vou te dar um exemplo de uma utente minha que já segui há muitos anos, era gémea, eu penso que era gémea homocigótica, não, era gémea heterocigótica, portanto gémeos falsos. Nasceram dois rapazes, aos olhos dos pais, tiveram sempre os mesmos amigos, tiveram os mesmos pais, tiveram a mesma educação, nunca tiveram separados, tiveram sempre a mesma família, a mesma escola, tudo igual. Mas desde cedo que esta criança era diferente, tinha comportamentos diferentes do comportamento irmão, comportamentos que foram sinalizados, comportamentos que levaram a trauma, porque depois houve uma tentativa de patologizar isto e patologizar estes comportamentos, “este menino mais feminino e que queria coisas diferentes do irmão”, então foi para um centro em Lisboa, cujo o nome eu não me recordo, mas que tem fama que as crianças só saem de lá

com dois diagnósticos: ou são hiperativos ou são autistas, portanto se se mexem demais são hiperativos, se se mexem de menos são autistas. E esta criança foi para este centro, foi diagnosticada com autismo, houve uma tentativa de medicação e de acompanhamento, a medicação nunca foi dada, mas anos de acompanhamento numa tentativa de normalizar os comportamentos dele. E aqui o psicólogo tem um papel fundamental porque era um psicólogo que estava a fazer isto e em vez de tentarem criar um espaço de relação e de aceitação, estavam a criar um espaço no qual esta criança sentia que uma parte dela não podia existir. E assim foi durante muitos anos, depois iniciou o processo aos 18 anos, iniciou o processo de diagnóstico aos 18 anos. Mas como vê esta pessoa teve precisamente o mesmo meio, a mesma educação, os mesmos pais, os mesmos amigos com o irmão gémeo, mas eram heterozigóticos, não é? Portanto eram gémeos falsos. O que é que poderá estar na origem desta questão? Nós não sabemos, mas são estes exemplos que me fazem querer que isto é algo que nasce com a pessoa. E tens outro exemplo muito famoso, os gémeos, cujo o nome não me recordo, os autores do matrix, neste momento são duas mulheres, eram gémeas verdadeiros e ambos fizeram a transição. Há aqui uma carga inata.

Entrevistadora: Mas aí não se propõe a ideia de que todas as experiências são vividas de uma forma fenomenológica, numa forma que eu estou a aprender a minha vivência? Apesar de, tendo em conta este exemplo dos irmãos gémeos falsos, mesmo que tenham crescido no mesmo ambiente, mesmo que tenham partilhado os mesmos valores, podem ter aprendido as experiências de uma forma diferente e mesmo esta questão de serem irmãos e mesmo a educação...estou eu a por isto em questão!

Dr.J: Ótimo.

Entrevistadora: Esta questão de serem irmãos, sei lá, esta coexistência no meio familiar e tudo mais, pode também depender, por exemplo, de outro tipo de atenção da parte dos pais por exemplo, a ideia da rivalidade fraterna, etc. Tudo isto pode-se propor à mesma, mesmo tendo uma carga genética mais semelhante ou não e sempre foi um bocadinho a minha ideia, daí questionar essa vertente inata, porque sempre associei que fosse mais plausível a questão de o ambiente condicionar as questões identitárias. Se bem que, entretanto, pensar que toda a nossa genética pode ser alterada consoante as nossas experiências, faz-me pensar que isso também pode ser um fator de passagem e de legado genético.

Dr.J: Eu não digo que seja uma questão genética, está bem? O que a hipótese diz é que há uma alteração a nível da gestação, há um processo de modificação no momento de gestação que faz com que possa existir essa questão. Agora eu em toda a minha experiência nunca tive qualquer tipo de evidência dessa ideia de que as questões de identidade de género, as questões que estão por trás da disforia de género, dos movimentos de transexualidade, pudessem estar associados a questões sistémicas, fenomenológicas ou que tivessem associados à aprendizagem ou vivência. Aliás essa é a narrativa de quem se confronta com as notícias que o filho do super-homem vai ser bissexual e bis, “parem de impor isto às crianças, estamos a educa-las a ser isto”, quando no fundo aquilo que estamos a dar é meramente um veículo de representatividade para quem não se sente da mesma forma que o outro. Portanto eu percebo a tua pergunta e ainda bem que a fazes e ainda bem que pensas sobre estas questões, está bem? Porque nós devemos sempre procurar o oposto e tentar valida-lo, agora, na minha experiência não é isso que eu tenho visto. O que eu tenho visto em vários casos é precisamente que não há nada por trás. É que os casos são tão...há casos tão diferentes. Eu às vezes e sobretudo no início, porque a minha área é a mesma que a tua, não é? A minha área é psicodinâmica, fiz muitos anos análises, portanto tentava enquadrar isto dentro de uma vertente mais psicanalítica, mas acho que aqui o psicodinâmico surge sim na relação e na capacidade de chegarmos a estas pessoas e na capacidade de criarmos espaços para que elas possam ser e estar. Em termos de compreensão eu acho que a psicanálise não tem capacidade de pensar a transexualidade ainda, aliás, a associação identidades e afetos foi criada precisamente por essa razão, por ter sentido que não havia ferramentas no modelo psicanalítico para abordar esta temática. É isso que tem criado a associação e é muito giro e há muita discussão e é muito interessante. Agora, perdi-me.

Entrevistadora: Agora se calhar retomamos àquilo que há bocadinho estávamos a falar porque queria integrar esta ideia...integrar esta ideia, pronto, mais ou menos, porque, entretanto, acabámos por expandir a conversa, mas gostaria de voltar à mesma linha raciocínio de há bocadinho e de saber e perguntar-te quais é que são para ti os objetivos quando acompanhas uma pessoa trans no contexto clínico. Quais é que são os objetivos a definir neste processo?

Dr.J: É um bocadinho aquilo que eu te disse no início, há pessoas que vêm com intuítos diferentes e há pessoas que vêm com resistências diferentes, isso é um problema que afeta as questões da relação terapêutica. Porque há pessoa que vêm de um conjunto de experiência profundamente negativas com psicólogos e com técnicos de saúde, médicos, vêm de experiências com médicos que dizem que não são transexuais porque não são femininos o suficiente, ou porque

a orientação sexual não se enquadra, ou seja, “é um homem que quer ser mulher, mas gosta de mulheres, então?!”. Eles ouvem isto e ficam marcadamente com fobia a tudo aquilo que é técnico e que é justificável. Outros são confrontados desde infância com psicólogos que os tentam normalizar, como o caso daquela pessoa de quem eu te contei, agora o que é que isto faz, faz com que quando eles chegam a nós, eles não me vêm como um aliado, eles vêm-me como um obstáculo e eu sinto isso muito bem. Vêm-me como um obstáculo e estou ali exclusivamente criar uma barreira para poderem iniciar o processo de transição. Estas pessoas fazem o processo, fazem a avaliação, a avaliação é composta por uma entrevista clínica semiestruturada na qual eu vou recolher os dados necessários para fazer o critério e o diagnóstico. Aplico o mnpi-2, que é uma prova multifásica de personalidade que me vai permitir descartar determinados diagnósticos, como doença psicótica. Poderia colocar, não em causa, mas em pausa o processo de diagnóstico, até a pessoa estar estável. Hum...e feita a avaliação e tendo o diagnóstico, passam para o métrico e desaparecem. Podem surgir mais tarde quando percebem que o processo de terapia hormonal não vai ser a solução mágica para diversas questões, estamos a falar de pessoas com comorbidades psicopatológicas e com estruturas de personalidade já definidas, causam bastante sofrimento porque têm uma história, não é? E a história não se apaga. E depois tenho outras pessoas que se mantêm em acompanhamento e que aquilo que querem e aquilo que eu lhes proponho é criar um espaço relacional no qual vamos trabalhando no passado, porque temos de rescrever o passado. Sabem que são pessoas com disforia de género e, portanto, aquilo pelo o qual passaram já não é simplesmente só dor e angústia, passaram aquilo por alguma razão, algo estava a acontecer com eles e, portanto, a narrativa muda um pouco. E é criar um espaço de relação no qual possam pensar neste passado, mas também possam começar a projetar-se no futuro. Projetarem-se no futuro é estabilizarem dentro das estruturas familiares, estabilizarem dentro das estruturas sociais e laborais, é criarem um plano de vida, é perceberem que podem ser pessoa, não têm que ser um rótulo, não têm que ser um sufixo. Eu digo sempre isto, que é: eu não gosto nada dos sufixos trans e cis porque...percebo porque é que eles são usados e percebo porque é que têm de ser usados numa questão de luta social, mas os sufixos trans e cis acabam muito por dividir aquilo que são pessoas, pessoas com uma história diferente, pessoas com uma dor diferente, uma angústia diferente, mas são sempre pessoas.

Entrevistadora: Estas pessoas verem-te ao início como um obstáculo, por já terem esta referência de outros profissionais de saúde que utilizam essa mesma patologia para as descreverem...sentes que este primeiro impacto e esta primeira imagem de ti enquanto profissional vai influenciar a tua aliança terapêutica com estas pessoas?

Dr.J: Não, depende da agressividade da pessoa, depende do grau de agressividade da pessoa, mas geralmente não. Vai-me obrigar a fazer um trabalho diferente, que é um trabalho de desconstrução de imagem e esforço-me por isso e por vezes estas pessoas voltam, voltam mais tarde quando estão em sofrimento por outras questões. Mas aquilo que eu tento sempre criar é um espaço de aceitação a essa experiência, é ouvi-los é percebe-los, é aceitar, aceitar esta zanga e aceitar que assim pensem. Mas ao mesmo tempo explicar o porque é que o que está a ser feito, está a ser feito desta forma. Explicar porque é que estas normas existem, é tentar explicar porque é que eu estou ali. Tive uma pessoa que me disse, porque eu peço sempre uma história de vida para os conhecer um bocadinho melhor, peço a história de vida para que eles possam entrar em diálogo interno e lembrarem-se de algumas coisas que possam estar de alguma forma esquecidas e uma pessoa disse que achava que enviar uma história de vida era agressivo, porque estava a entrar na privacidade da pessoa. E depois ficou espantadíssimo quando eu validei este sentir, ficou espantadíssimo quando eu disse “tem razão, se é isso que sente, tem toda a razão de sentir isso e, portanto, não vou violar este espaço que é seu, você vai-me trazer aquilo que quiser trazer.”. E, portanto, dão, dão um trabalho diferente, percebo à partida que o trabalho que eu vou fazer com esta pessoa é curto no espaço, porque é o processo de diagnóstico e é tentar sarar um bocadinho a relação que a pessoa tem com os técnicos de saúde. E não posso fazer mais, depois deixo à pessoa se me quer voltar a procurar ou não. Aquilo que está protocolado é que a pessoa venha de x em x tempo, pelo menos, para perceber como é que está a reagir ao tratamento hormonal, mas como tem obrigatoriamente que ir ao médico para ele se sentir que há alguma coisa errada reencaminhar para mim, mas... não influencia aquilo que eu dou, influência sim a forma como eu dou e o trabalho que tenho de fazer com esta pessoa.

Entrevistadora: Há medida que a terapia vai avançando e há medida que se vai estabelecendo e aprofundando essa mesma relação terapêutica –

Dr.J: Só um segundo.

Entrevistadora: Sim, sim.

Dr.J: Peço desculpa Filipa.

Entrevistadora: Hum...pronto, como estava a dizer, queria perguntar se sentes alguma alteração na relação terapêutica assim que existe uma transição de género, uma transição de sexo. E se isto compromete a aliança terapêutica ou não.

Dr.J: Não, hum...há desafios, há desafios porque a pessoa vai-se confrontar com uma série de questões e vai ter que passar por um processo de transição social e esse processo pode criar alguns conflitos, mas na relação comigo e na relação terapêutica, não vejo alterações. Alvo algumas raras exceções em que por exemplo a pessoa, se for um caso M to F, pode estar mais inclinado para procurar mais tarde uma psicoterapeuta mulher porque se sente mais confortável, porque procura também fazer alguns movimentos de identificação com uma mulher, mas na relação comigo no imediato e no início das operações, não sinto nada. Aquilo que eu sinto é já passado algum tempo, está bem? Há muita gente que passado um, dois anos do processo de transição e de acompanhamento psicoterapêutico se sentem estáveis e quando se sentem estáveis eu vou espaçando o acompanhamento, não faz sentido permanecer. Não dou alta enquanto a pessoa sentir que precisa de vir de vez em quando para ir falando um bocadinho sobre o que está, acontecer associado à transição. Mas há pessoas que ao final de um ano, dois anos, às vezes menos se sentem estáveis e não querem permanecer no sítio que associam à transição. Isto acontece comigo e acontece também com o endocrinologista, há muitas pessoas que desaparecem ao final de dois anos de transição porque têm médicos de família que passam as hormonas, não é o mais adequado porque não têm a formação que tem um endocrinologista, mas é importante para estas pessoas não voltar ao sítio onde fizeram o processo de diagnóstico.

Entrevistadora: Hum-hum e como é que é vivida para ti essa mudança?

Dr. J: De forma pacífica, já percebi que é um movimento natural, a primeira vez que um paciente me desapareceu, não tinha nada a ver com as questões de transexualidade, tinha a ver com...depressão, tinha a ver com ansiedade, tinha a ver com fobias sociais e com algumas questões associadas à sexualidade da pessoa...e numas férias desapareceu, estamos a ter acompanhamento, a pessoa não respeitava nenhum dos trabalhos de casa que eu lhe dava, nenhum, era impressionante (risos) e fizemos muitos poucos avanços e ela desapareceu. E eu na altura fiquei...fiquei frustrado, fiquei frustrado...partilhei isto com a minha analista e ela disse, “mas é normalíssimo, muitos utentes aproveitam as férias como um escape, por várias razões, porque não têm a capacidade de se confrontarem connosco, porque...não se apoquentam” e eu não me apoquentei mais (risos). Tive pena, mas não.

Entrevistadora: E em relação à imagem que criou do paciente depois desta transição, como é que...

Dr.J: Olha só aqui entre nós que ninguém nos ouve (risos), mais ou menos, há uns tempos enviei um utente e acompanhei a esposa, para terapia familiar, porque ele ia iniciar um processo de transição e ela não aceitava e portanto...mas queria manter a amizade, então de forma a manter a amizade, eu achei que era importante passarem por um processo em conjunto de terapia familiar. E assim fizeram. E há uns tempos, estava a falar com a terapeuta e ela dizia-me que para ela também ia ser um luto, quando visse pela primeira vez, ele como ela, ia ser um luto e eu achei aquilo interessante porque eu nunca senti este processo como um luto para mim, ou seja, eu tenho uma grande preocupação quando a pessoa surge em consulta a mim de a por o mais confortável possível, ou seja, se são estes os pronomes, se é este o nome...se ainda não estão prontos, então muito bem, vamos mantermo-nos como estamos até que a pessoa esteja confortável para. A minha preocupação é para que a pessoa esteja confortável e que haja um espaço onde ela se possa exprimir e ser, nunca vi como uma perda, nunca criei uma idealização ou uma imagem que muda a partir do momento em que eles começam a transitar. Não, até porque eu tento sempre desconstruir esta ideia, a pessoa é a mesma, a única coisa que vai fazer é alterar a expressão sexual, porque a pessoa é a mesma.

Entrevistadora: O que é que achas que, tendo em conta que existe essa preocupação do teu lado e que existe efetivamente esse apoio da tua parte para construir, para ajudar a construir uma ideia positiva do paciente em relação a si mesmo e para que o paciente se autodetermine da forma que ele realmente quiser ser, como é que achas que podes fazer esse paralelismo em relação ao social? Em relação aos desafios que implicam ainda esta aceitação, de fora?

Dr.J: Têm de se proteger, a pessoa tem que se proteger. A pessoa tem que fazer um coming-out seletivo, quando fizer o coming-out social que seja de forma seletiva, hum...a nível laboral está protegido pela lei, mas tem que perceber qual é a ideologia que existe em cada uma das empresas. Mas tem que se proteger, tem que aprender a impor limites, tem que aprender a impor limites na relação com o outro, tem que se afastar de relações tóxicas que possam ser prejudiciais e tem que alimentar as relações que não o são. Isto é um movimento de perda, é um movimento cheio de dor, mas tem que ser feito, porque se não as pessoas vão constantemente estar a colocar-se em situações tóxicas e situações socialmente muito complicadas. Situações que por

si só vão aparecer e a pessoa vai ter que lidar com aquelas de alguma forma. Depois Filipa, há mais do que um país em Portugal, se eu estiver a falar das zonas urbanas, não há tantos incidentes de discriminação, a pessoa sente-se mais protegida, agora se formos para áreas mais rurais...principalmente zona do Alentejo e a zona do centro, são zonas ainda muito conservadoras e não há espaço para que estas pessoas possam existir de forma condigna e de forma pacífica. Vai haver sempre algum grau de agressividade, seja latente, seja explícita, mas vai estar sempre presente e as pessoas esforçam-se para fazer psicoeducação para tentar educar o outro, mas vão haver sempre algumas bocas, vão haver sempre algumas piadas, vão haver sempre microagressões quando não são macroagressões. É o que eu te disse, isto vai ser uma série de tempo para educar, tempo para normalizar, tempo para que as pessoas possam estar em confronto e estarem expostas às situações da transexualidade e transgenarismo, sem que sinto que é algo ameaçador a elas mesmas. E aquilo que te disse ainda há pouco dos homens heterossexuais homofóbicos, digo-te o mesmo para estas questões, há sempre uma defesa latente do masculino, o masculino quando vê um rapaz ou homem que é mais feminino, ou que quer transitar ou que é homossexual, sente-se mais violento e mais agressivo numa tentativa de se auto-proteger, não é? Porque surgem também questões, afinal de contas há mais formas de ser homem, há mais formas disto de ser masculino, então o que é que isto poderá significar para mim, numa construção que está tão cristalizada, está tão enraizada em conceitos medievais por vezes (risos). Olha Filipa eu vou-te pedir para ficarmos por aqui hoje.

Entrevistadora: Eu ia terminar agora também, mas a última questão que te queria colocar, é uma questão um bocadinho mais abrangente, mas para finalizar a nossa entrevista, o que é que tu achas, tendo em conta tudo aquilo que falámos agora e hoje, o que é que achas que é o papel do psicólogo nesta psicoeducação, nesta sensibilização, neste acompanhamento? O que é que achas que representa o papel do psicólogo?

Dr.J: O papel do sexólogo divide-se na relação com a pessoa temos de ser aquilo que eu já te disse, em relação à empatia em criar um espaço de segurança, nas relações com a família com a pessoa temos que ser uma ponte, uma ponte de comunicação, uma ponte onde as partes que se encontram partidas dentro do sistema se possam reencontrar. Hum...e eu vou-te dar um exemplo de um utente que eu tive há uns anos atrás e que tinha uma relação profundamente tóxica com a mãe e ia iniciar o processo de transição. Não tinha falado com a mãe sobre isto,

não tinha conseguido falar com a mãe sobre isto, achava que a mãe rejeitava estas questões, portanto, nunca tinha encontrado espaço também para poder abordar estas questões. Vivia preso no quarto, num quarto que ainda por cima os estores estavam fechados, portanto o dia dele era às escuras, profundamente deprimido, muito angustiado, perturbação de ansiedade generalizada e iniciou. E eu fiz um forcing ao longo das sessões para que ele falasse com a mãe, ele vivia com a mãe, para que falasse com a mãe ou convidasse a mãe para vir a uma sessão para podermos discutir estes temas, para tentar perceber e desconstruir alguns mitos. Eu utilizo muito esta sugestão, que é: escreve uma carta, porque na carta tu podes exprimir tudo aquilo que tens para exprimir, podes explicar tudo aquilo que queres explicar sem ser interrompido, sem ser confrontado com a violência da reação do outro mesmo que essa reação seja inconsciente...e ele assim fez, escreveu a carta e saiu fora de casa, depois passado umas horas quando voltou, a mãe estava muito sensibilizada e falou com ele, não sabia que ele estava naquela angústia, ou seja, ela achava que era um grandessíssimo malcriado que passava os dias fechado no quarto e que lhe respondia mal. Hum...e a mãe empatizou muito com ele, tornou-se na rede de suporte dele. De um dia para o outro ele sai do quarto, começa a passar tempo na sala a conversar muito com a mãe, a conversar os anos que estavam em falta, a ver televisão mais descontraído e de repente tenho uma pessoa em sessão que já não parece um espectro, já não parece um fantasma, já parecia pessoa. E toda aquela sintomatologia associada à depressão, associada à ansiedade, tinha ali-geirado profundamente e foi da noite para o dia. Portanto o papel que eu tento fazer é sempre este papel de ponte, nem sempre é possível e quando é mais difícil eu encaminho as pessoas para “Amplós” que é uma associação de pais para pais de jovens LGBT. Em termos sociais é educar, fazer psicoeducação, já fui a escolas, já fui a escolas convidados por professores, já fui a escolas a pedido de utentes que eram escolas onde um jovem de 12 anos ia iniciar e o pai pediu-me que eu fosse falar com a professora, com a diretora, era um colégio privado, que eu fosse falar com a turma a explicar quem é que aquela pessoa era e o que é que ia acontecer e foi muito giro, eram miúdos de 12 anos e eu expliquei um bocadinho o que é que ia acontecer numa linguagem mais apropriada e havia um que ficou de boca aberta, “ah! Eu não sabia que isso era possível” (risos). Portanto eu acho que o papel do sexólogo é este, é agir na estrutura social como um educar, agir na família como uma ponte e na pessoa como relação.

Entrevistadora: Ok fez-me sentido, hum...obrigada.

Dr. J: Não tens que agradecer.

Entrevistadora: Por...por disponibilizares o teu tempo para fazermos esta entrevista, foi mesmo interessante ouvir a tua perspetiva sobre este tema.

Dr. J: Ainda bem que pude ajudar.