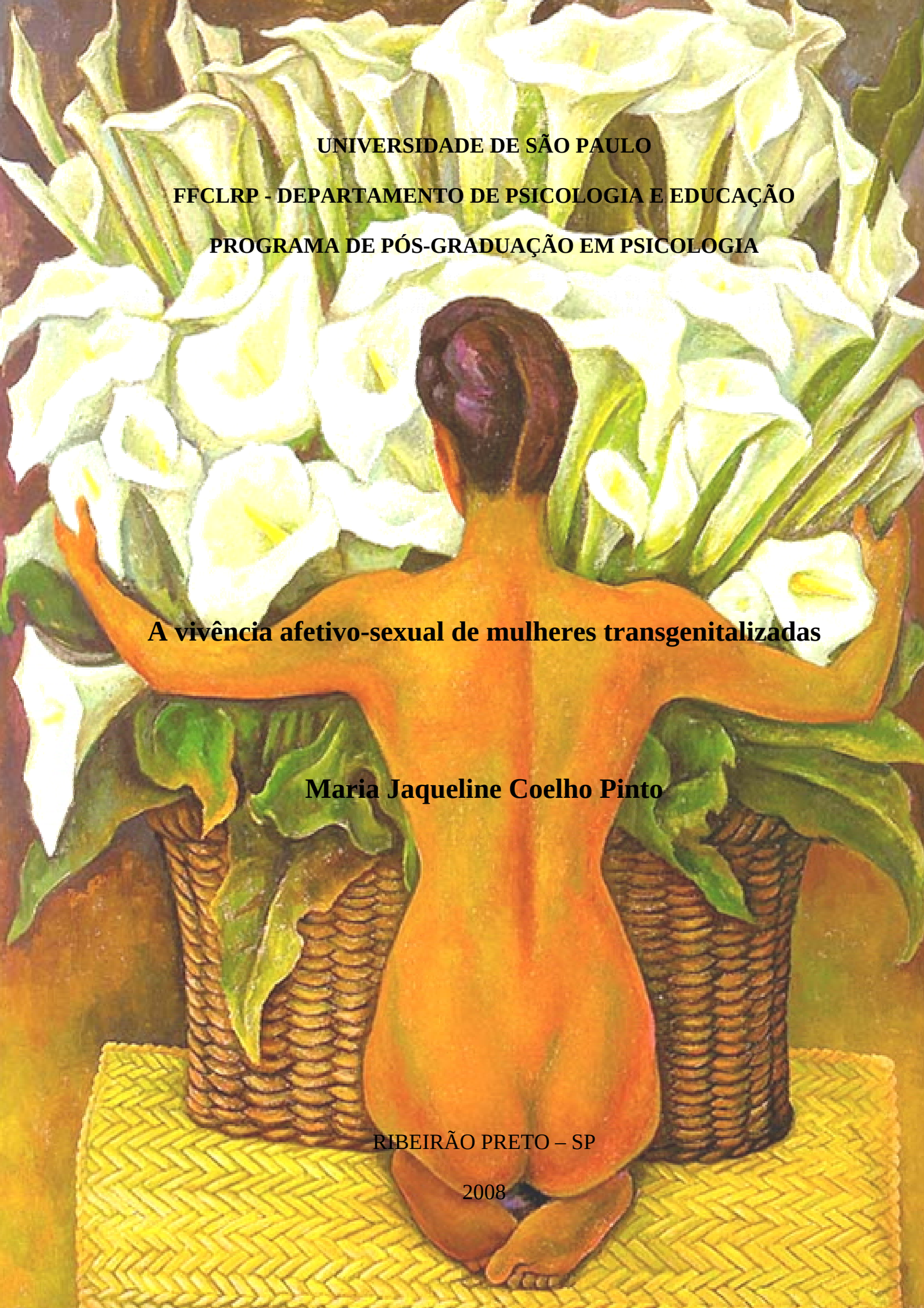

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas

Maria Jaqueline Coelho Pinto

RIBEIRÃO PRETO – SP

2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas

Maria Jaqueline Coelho Pinto

Orientador (a): Maria Alves de Toledo Bruns

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Pinto, Maria Jaqueline Coelho.
A vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas. Ribeirão Preto, 2008.
227 p. : il.; 1,5 cm

Tese, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.
Orientadora: Bruns, Maria Alves de Toledo.

1. Sexualidade. 2. Cirurgia de Transgenitalização. 3. Transexualidade. 4. Transtorno de Identidade de Gênero
5. Fenomenologia

Folha de Aprovação

Maria Jaqueline Coelho Pinto

A vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências.
Área: Psicologia.

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____Assinatura_____

Ao Luiz, meu companheiro,

com amor e gratidão.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, pela luz e proteção no meu caminho.

Às colaboradoras, por permitirem o diálogo com as suas vivências, possibilitando-nos ricas reflexões à efetivação deste estudo.

Aos meus pais, pela educação que me proporcionaram e referência de vida, à minha admiração sempre.

À minha avó, pelas orações e palavras de conforto.

Ao Luiz, meu companheiro, referência, incentivo, segurança, dedicação e amor. Obrigada pela sua compreensão e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste estudo.

À Caroline, minha filha, o seu carinho e amor sempre. É um presente divino tê-la em minha vida, por sentir amada e amar muito você.

À minha família, sem dúvida, vocês fazem parte das mais significativas vivências. Devo e dedico a vocês todas as minhas conquistas.

À Profª. Drª. Maria Alves de Toledo Bruns, mestra, amiga e orientadora, pessoa a quem admiro. Devo a você a abertura do meu caminho e o horizonte vislumbrado. Obrigada pela confiança depositada em mim e no meu trabalho.
Sou muito grata pelo carinho, amizade e a dedicação; quero lhe dizer que poucas pessoas têm o don de abrir espaços para os outros diante de momentos pessoais tão delicados. Obrigada por me incluir no seu tempo.

Ao Prof. Antônio dos Santos Andrade e a Profª. Maria Virgínia Filomena Cremasco, pelas orientações e contribuições pertinentes no exame de qualificação.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa SexualidadeVida - USP/CNPq, pela troca de conhecimento, amizade e afeto.

Meus sinceros agradecimentos ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP, pela oportunidade de realizar o doutorado e, a todas as pessoas que colaboraram, seja com sua interlocução intelectual ou com seu apoio. Em especial a Denise (SPG) e ao Robson (Pós-graduação), por sua dedicação e disponibilidade.

Agradeço também a Faculdade de Medicina de S. J. Rio Preto (FAMERP), pelo apoio e incentivo à pesquisa e aos seus funcionários, pela receptividade de sempre.

À Cláudia e Rosângela, bibliotecárias, pelo atendimento atencioso às minhas demandas e ao Edílson, que sempre atendeu às minhas solicitações.

Aos colegas do Serviço de Psicologia da FAMERP; em especial a Profª. Drª. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki pelo incentivo e apoio para que trilhemos novos horizontes.

À aprimoranda Milene Soares pela dedicação ao serviço na minha ausência e à estagiária Fernanda Berton, pela contribuição.

Aos membros da Equipe de Adequação Sexual da FAMERP, em especial o Dr. Carlos Abib Cury à minha admiração pela seriedade deste trabalho, ao Dr. Sérgio de Almeida, Vilma Lúcia Vieira e Drª. Ana Paula Correa, obrigado pela confiança e compreensão nesses dez anos.

Às queridas amigas e parceiras do Curso de Pós-graduação Lato Sensu da FAMERP, Sônia Daud, Carmem Fernandes e Ana Márcia Vianna, agradeço a compreensão e incentivo.

Aos queridos alunos, agradeço o respeito e o carinho recebidos.

Ao Instituto Rio-pretense de Psicodrama – IRP, pelo apoio.

Às colegas do Grupo Íris, por entenderem a minha ausência, obrigada pelo incentivo e colaboração.

Ao Dr. Sérgio Perazzo, meu terapeuta, pelo acolhimento e ensinamentos significativos sobre a vida.

À Profª. Valdete Belon Basaglia, querida amiga e mestra, obrigada pela dedicação e acolhimento ao incansável trabalho de revisão de texto.

À Profª. Verônica Coelho, pela orientação segura e pertinente, atendendo a contemporaneidade no trabalho de revisão on-line, com compromisso e seriedade.

À Profª. Anita Lofrano, obrigada pela generosidade e carinho com que compartilhou comigo seus saberes.

À Profª. Maria Paula Vincenze Sais Martins, pela dedicação e auxílio nas aulas de francês.

Às amigas, Cláudia Thomé Beletti e Marcela Ap. Xavier Figueiredo, companheiras desde a graduação, agradeço a lealdade e sincera amizade. E agradeço também a amiga Sandra Valéria M. Zanetoni, que me acompanhou nessa trajetória.

A todos os meus amigos, que sempre estiveram na torcida das minhas conquistas.

Às minhas secretárias e companheiras Adriana, Eliane, Célia e Néia, pela paciência e dedicação.

Aos meus pacientes, agradeço-lhes a confiança e compreensão pela ausência.

Em tentativa de colocar em palavras o meu carinho e gratidão por todos aqueles, que compartilharam comigo essa trajetória.

PINTO, M.J.C. **A vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas**. 2008. 227f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

RESUMO

A transexualidade é uma forma de manifestação da sexualidade humana, caracterizada por um forte desejo de correção cirúrgica. No cenário atual, indivíduos que se sentem pertencentes a uma identidade de gênero oposta ao seu sexo biológico, aos poucos têm sido ouvidos em suas reivindicações. Essa problemática é antiga, o que o torna atual é a possibilidade legal e ética de "mudar de sexo". Partindo dessa premissa, a presente pesquisa, realizada com dez transexuais MtF já submetidas à cirurgia de transgenitalização no Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP/FAMERP, objetiva a compreensão dos sentido e significado atribuído por elas à vivência afetivo-sexual após a cirurgia de transgenitalização. Os depoimentos foram obtidos por meio de uma entrevista mediada pela seguinte questão: *Como está sendo sua vivência afetivo-sexual após a cirurgia de transgenitalização?* Para análise, utilizamos a metodologia qualitativa viabilizada pela suspensão fenomenológica, que consiste na leitura e releitura dos depoimentos, discriminação das unidades de significados, elaboração de categorias e identificação das convergências e divergências nos discursos. Para compreensão dos depoimentos buscamos o auxílio de perspectivas teóricas biológicas, psicológicas e sócio-culturais. Na análise dos depoimentos foram destacadas as categorias de significados: 1) descoberta do corpo transgenitalizado; 2) temporalidade da relação sexual após a cirurgia; 3) temor da revelação; 4) vivência afetivo-sexual; 5) papel social de gênero; 6) a temporalidade da mulher transgenitalizada. Como resultados, encontramos o reconhecimento de uma imagem em harmonia com seus corpos, integrando sua identidade biológica à psicológica. A ansiedade e a insegurança entre o desejo e o medo do novo surgem no início das atividades sexuais após a cirurgia. O temor da revelação está presente e representado pelo medo da não aceitação social e a ocorrência de agressões psicológicas ou físicas decorrentes do seu estigma. Em sua vivência afetivo-sexual, emerge a satisfação pessoal pela nova possibilidade de vida. Seus relacionamentos apresentam componentes do estigma e dos estereótipos a ele associados. A expressão do estigma aparece no papel social de gênero. Dentro da temporalidade surge a satisfação com o corpo e o novo papel de gênero e, a busca por relacionamentos afetivo-sexuais. A cirurgia de transgenitalização constitui um grande passo na temática da transexualidade, possibilitando à mulher transgenitalizada a aquisição de uma identidade integral compatível com o seu psiquismo. A partir dela, emergiram novas sensações, sentimentos e prazeres, possibilitando relações afetivo-sexuais e sociais integradas a sua existência. No cenário atual, a transgenitalização passou a ser compreendida, por essas mulheres como um dos elementos necessários, embora não o único, para o seu reconhecimento e inserção social no mundo contemporâneo.

Palavras-chave: Sexualidade, Transexualidade, Cirurgia de Transgenitalização.

PINTO, M.J.C. **The affective-sexual experience of transgenitalized women**. 2008. 227f. Thesis (PhD) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ABSTRACT

Transsexuality is a form of manifestation of human sexuality characterized by a strong desire for surgical correction. In the present scenario, individuals who feel they belong to a gender identity opposed to their biological sex have been increasingly heard in their reivindiction. It is ancient issue – what is new about is the legal and ethical possibility of "changing sex". Based on such premises, the research carried out with ten MtF transsexuals submitted to the transgenitalization surgery aims to understand the sense and meaning they attribute to their affective-sexual experiences following the surgery. The results showed us the recognition of an image in harmony with their bodies, integrating their biological and psychological identities; the anxiety and insecurity regarding their desire and fear of the unknown that emerge when they start their sexual activity following the surgery; the fear to reveal their identity, represented by the fear of social inacceptance and physical or psychological aggression derived from their stigma; their personal satisfaction of the possibility of a new life that emerges from their sexual experiences; components of the stigma and stereotypes associated to it in their relationships; the expression of the stigma in the gender social role; their satisfaction with their body and their new gender role; and the search for affective-sexual relationships. The collaborators' statements were collected in an interview guided by the following question: How have you experienced your affective-sexual life following the transgenitalization surgery? For the analysis we applied the qualitative methodology supported by the phenomenological suspension, which consists in the researcher's reading and rereading of the statements collected for the discrimination of units of meaning, elaboration of categories, and identification of converging speeches. For an understanding of the collaborators' statements, we sought the aid of biological, psychological and social-cultural theory perspectives. In the analysis we highlight six categories of meaning: 1) finding out the transgenitalized body; 2) temporality of first sexual relation following the surgery; 3) fear of revelation; 4) affective-sexual experience; 5) gender social role; 6) temporality of the transgenitalized woman. We found in their answers the recognition of an image in harmony with their bodies, which integrates their biological and sociological identities. As a result of this integration, new sensations, feelings, and pleasures have emerged, offering these women the possibility of integrated social and affective-sexual existence. Today, transgenitalization has been understood by these women as one of the paramount elements necessary to their recognition of themselves and to their insertion in the contemporary world. We defend, in short, that the transgenitalization surgery is a great step towards understanding transsexuality and its particularities, which enables transgenitalized women the acquisition of an integral identity compatible with their psychism.

Key words: Sexuality, Transexuality, Transgenitalization surgery.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 23

Capítulo 1 – A MULTIPLICIDADE DO FENÔMENO TRANSEXUAL

1.1 – INTRODUÇÃO 31

1.2 – O CENÁRIO ATUAL 31

1.3 – TRAJETÓRIA HISTÓRICA E CONCEITUAL 41

1.4 – PREVALÊNCIA 48

1.5 – ETIOLOGIA 49

1.5.1 **Perspectivas biológicas** 49

1.5.2 **Perspectivas psicológicas** 52

1.5.2.1 Psicanálise 52

1.5.2.2 Psicodrama 58

1.5.3 **Perspectivas sócio-histórico-culturais** 68

1.5.3.1 A (des) construção das polaridades 75

1.5.3.2 Preconceito, estereótipo e discriminação 77

1.5.3.3 Processo de estigmatização 80

1.6 – A VISIBILIDADE DA TRANSEXUALIDADE 83

1.6.1 **Diretrizes diagnósticas** 83

1.6.2 **Estratégias terapêuticas** 91

1.6.2.1 Psicoterapia 91

1.6.2.2 Hormonioterapia 93

1.6.2.3 Cirurgia de transgenitalização 94

1.6.2.4 Processo pós-cirúrgico 99

1.6.3 **Aspectos legais e jurídicos** 100

Capítulo 2 – PESQUISA QUALITATIVA NA MODALIDADE FENOMENOLÓGICA

2.1 – A FENOMENOLOGIA COMO PONTO DE PARTIDA 105

2.2 – A ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA COMO CAMINHO 107

2.3 – ESTRATÉGIA PARA CAMINHADA 108

2.4 – CAMINHO PERCORRIDO 111

2.5 – MOMENTOS DA ANÁLISE 112

2.6 – ACESSO ÀS COLABORADORAS: CAMINHO PERCORRIDO E DIFICULDADES DO PERCURSO 113

2.7 – QUADRO 2 – PERFIL DAS COLABORADORAS 116

Capítulo 3 – A TEMPORALIDADE DAS MULHERES TRANSGENITALIZADAS

3.1 – ANÁLISE COMPREENSIVA E INTERPRETATIVA DOS DEPOIMENTOS 120

3.2 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMERGIDAS NOS DEPOIMENTOS 120

3.3 – ANÁLISE INDIVIDUAL DAS COLABORADORAS 123

3.3.1 **Colaboradora 1** 123

3.3.2 **Colaboradora 2** 134

3.3.3 **Colaboradora 3** 143

3.3.4 **Colaboradora 4** 152

3.3.5 **Colaboradora 5** 158

3.3.6 **Colaboradora 6** 162

3.3.7 **Colaboradora 7** 166

3.3.8 **Colaboradora 8** 172

3.3.9 **Colaboradora 9** 177

3.3.10 **Colaboradora 10** 182

Capítulo 4 – DESVELANDO SENTIDOS: A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE MULHERES TRANSGENITALIZADAS 187

Capítulo 5 – HORIZONTES 198

REFERÊNCIAS 204

ANEXOS 215

APRESENTAÇÃO

"Há muito tempo fiz um pacto com o destino:
tornei-me o meu próprio destino – um destino
em ação".

Pablo Picasso

A escolha dessa frase para dar início à minha tese se deu por ela representar bem o tema que será desenvolvido, ou seja, é preciso que o indivíduo esteja sempre atento para ser o protagonista de sua própria vida, e não mero coadjuvante do sonho alheio.

Para melhor esclarecer ao leitor as razões que me levaram a optar pelo tema "Vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas", procurarei traçar, inicialmente, minha trajetória no que tange a minha formação profissional.

Em 1991, após minha graduação em psicologia, pela Faculdade Rio-pretense de Filosofia Ciências e Letras – FARFI, atual Centro Universitário do Norte Paulista – UNORP, no caminho percorrido em busca de minha formação profissional, busquei o aprimoramento em psicologia da saúde e, ainda, o trabalho clínico de formação em psicodrama.

Iniciei em 1994, na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP meu Aprimoramento em Psicologia da Saúde. Durante esse período, atuando junto ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, estive em contato com as vivências psicológicas femininas e questões relacionadas à sexualidade, especificamente na Unidade de Medicina Reprodutiva. Por essa razão, o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) versou sobre "Avaliação psicológica do casal infértil".

Conforme meu propósito, também conclui a formação em Psicodrama, com a temática: "Psicodrama aplicado em grupo de adolescentes grávidas", pelo Instituto Rio-pretense de Psicodrama, filiado à Federação Brasileira de Psicodrama – FEBRAP.

No mesmo ano, a instituição (FAMERP) contratou-me como psicóloga, supervisora e orientadora de área no Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Saúde – FUNDAP[1].

Em 1998, com base na resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), de n.1482 de 10/10/97, que autorizava, em caráter experimental, hospitais universitários ou públicos, adequados à pesquisa, a realizar a cirurgia de transgenitalização, formou-se a Equipe Multidisciplinar de Adequação Sexual da FAMERP. Como já vinha atuando na área da saúde, no que diz respeito à problemática da sexualidade, convidaram-me para que integrasse esta

[1] FUNDAP – Programa de Aprimoramento Profissional

Equipe.

No entanto, por ser um tema polêmico e com escassas pesquisas na área, era preciso buscar mais conhecimento para melhor compreensão do fenômeno, o que me levou, em 2000, a recorrer ao mestrado.

Dessa forma, tive a oportunidade de desenvolver meu estudo sob a orientação da Profª. Drª. Maria Alves de Toledo Bruns, que, realiza estudos na área: Sexualidade e a Reflexibilidade da Moral Sexual na Constituição Histórico-cultural do Sujeito na Pós-modernidade, voltada para a análise do ser humano. Ela coordenava, e coordena ainda hoje, o Grupo de pesquisa SexualidadeVida/USP-CNPq, com as produções acadêmicas e científicas de pesquisadores, alunos de Mestrado e de Doutorado sob sua orientação[2] - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP - USP de Ribeirão Preto.

Defendi minha dissertação de mestrado, intitulada "O corpo desvela seu drama: a vivência de transexuais masculinos", em 2003. Ela traz uma pesquisa feita com transexuais masculinos, candidatos à cirurgia de transgenitalização, buscando compreender o significado atribuído por eles à vivência do fenômeno da transexualidade.

Esse estudo levou a compreensão das especificidades da experiência de transexuais que, no decorrer da infância, adolescência e fase adulta, passam por uma evolução progressiva no seu papel de gênero e identidade sexual, marcado por sensações e sentimentos conflitantes. Então, além de sentirem-se diferentes e não habitantes do próprio corpo, ainda são alvos de preconceito, discriminação e estigma no meio familiar, escolar e social. Adotamos a perspectiva filosófica de Martin Buber, o que nos permitiu compreender que quando os transexuais visualizam a cirurgia, como possibilidade de resgatar sua verdadeira identidade, travam uma luta desesperadora para superar sua discordância sexual e conseguir estabelecer uma relação dialógica consigo mesmo e com o mundo.

---

[2] O Grupo de Pesquisa SexualidadeVida foi criado em 1990 e cadastrado no sistema diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil/CNPq - 1995, sendo recadastrado na versão 5.0 em 2002.

A referida pesquisa possibilitou a elaboração de vários artigos e publicações em 2004. Meu artigo "O estranho corpo que desvela o seu drama: a vivência de transexuais masculinos", publicado na Revista "Psicologia Hospitalar" do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – FMUSP, foi premiado na categoria Tema Livre na Sessão "Sexualidade, Gênero e Reprodução", e, mais tarde, na categoria Sênior, recebeu em segundo lugar o Prêmio do Centro de Estudos em Psicologia da Saúde – CEPSIC, no II Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde: Corpo e (In) Satisfação.

Devo dizer, ainda, que esse percurso pela pesquisa na área da sexualidade humana foi de grande importância para o meu desenvolvimento profissional, sobretudo, no que se refere à elaboração de artigos, publicações, palestras em diversas atividades científicas, mini-cursos. Da mesma forma, hoje ministro aulas em cursos de Pós-graduação *Lato Sensu*, como em Psicologia da Saúde, Família Sistêmica e em Sexualidade, que também coordeno, na Faculdade de Medicina de Rio Preto – FAMERP. Essa trajetória acadêmica e profissional propiciou-me, ainda, a orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) tanto no Aprimoramento em Psicologia da Saúde do Serviço de Psicologia da FAMERP quanto no curso de Pós-graduação em Sexualidade.

Não posso deixar de mencionar que, após a defesa da minha dissertação – esta, em co-autoria com a Profª. Drª. Maria Alves, foi re-elaborada, resultando no livro "Vivência Transexual: o corpo desvela seu drama", publicado pela Editora Átomo (2003). Em 2006, também contribuímos com um capítulo do livro Psicologia da Saúde: pesquisa e prática; organizado pelo Serviço de Psicologia do Hospital de Base (FUNFARME) e Laboratório de Psicologia e Saúde (FAMERP), publicado pela THS/Arantes Editora.

Ainda em 2004, na mesma universidade, concorri à seleção do doutorado, tendo obtido a segunda colocação para bolsa do Programa Capes. Convém ressaltar que o projeto para o desenvolvimento desta pesquisa começou a ser construído, a partir da sugestão da

banca examinadora da minha dissertação de mestrado: pesquisar a experiência transexual após a cirurgia de transgenitalização.

Em vista disso, agora as indagações dirigem-se para uma reflexão mais crítica a cerca da vivência afetivo-sexual de mulheres transexuais no Estado de São Paulo, que foram submetidas à cirurgia transgenital pela Equipe de Adequação Sexual da Faculdade de Medicina de Rio Preto – FAMERP, para se delinear novos horizontes e buscar compreender o sentido e significado atribuído por elas à vivência, após a cirurgia, em sua interface com a sexualidade.

Tendo feito minha apresentação, gostaria de esclarecer que por ser um estudo realizado em co-autoria com a Profª. Drª. Maria Alves, farei uso da primeira pessoa do plural, uma vez que, sem sua valiosa orientação, o mesmo não teria sido possível.

A busca de reciprocidade e conhecimento do próprio corpo, que mobilizam o transexual a visualizar, sob enorme expectativa, a cirurgia transgenital levara-nos a alguns questionamentos sobre a possibilidade de, por meio da cirurgia, estabelecer uma relação dialógica consigo e com o mundo a fim de encontrar um lugar e um sentido para sua existência. Esse fato fez com que voltássemos a nossa atenção para o fenômeno: Como será a vivência afetivo-sexual que se desvela no drama de um corpo, até então, aprisionado? Qual a relação que estabelecerá com o seu corpo e com o parceiro? Que significados as mulheres transgenitalizadas atribuem à sua vivência afetivo-sexual após cirurgia?

Na tentativa de responder a esses questionamentos, em especial o fenômeno interrogado, percebemos não só a necessidade de aprofundarmos o estudo, valendo-nos da voz de quem está vivenciando o fato, mas também a oportunidade de contribuir para maior visibilidade dessa manifestação da sexualidade. Tal constatação nos levou a dar continuidade a essa pesquisa. Por essa razão, essa tese insere-se na mesma linha e área de pesquisa da minha dissertação e foi desenvolvida sob a responsabilidade da mesma orientadora. Neste

trabalho o fenômeno será desvelado pela pesquisa qualitativa na modalidade metodológica fenomenológica, que servirá de norteadora para que se atinja o objetivo do estudo.

Convidamos o leitor a prosseguir conosco neste caminhar pela estrada da compreensão. Na emergência de retratar o fenômeno e possibilitar que ele ganhe maior visibilidade, será feito uma revisão da literatura que fundamenta o nosso estudo. Desse modo, apresentaremos a disposição em que o trabalho se encontra.

Capítulo 1 – A multiplicidade do fenômeno transexual. Situaremos a transexualidade na contemporaneidade e para o leitor interar-se desse instigante fenômeno, apresentaremos uma trajetória histórica-conceitual, em seguida, procuraremos desvela-lo estabelecendo um diálogo de compreensão pelas as áreas do conhecimento, a fim de mostrar o lugar que a transexualidade ocupa no cenário atual.

Capítulo 2 – Pesquisa qualitativa na modalidade fenomenológica. Para que possamos caminhar em direção à compreensão do fenômeno que nos propomos a interrogar, procuraremos situar o leitor na abordagem metodológica escolhida, baseada na entrevista fenomenológica como percurso, e na técnica de história de vida como estratégia para essa caminhada, o que possibilitará o acesso à voz das mulheres transgenitalizadas e o perfil das colaboradoras.

Capítulo 3 – A temporalidade das mulheres transgenitalizadas. Neste capítulo estão o perfil de cada colaboradora e suas histórias de vida seguidas da compreensão e interpretação de suas descrições acerca do fenômeno: a vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas. Na seqüência, faremos uma explanação sobre as categorias estabelecidas.

Capítulo 5 – Desvelando sentidos: a vivência afetivo-sexuais de mulheres transgenitalizadas. Para finalizarmos a pesquisa, sintetizamos os resultados, apresentando algumas reflexões a cerca dos significados atribuídos pelas colaboradoras ao fenômeno indagado.

Capítulo 6 – Horizontes. Apresentamos neste capítulo final os horizontes proporcionados por essa pesquisa. Na seqüência, trazemos as referências bibliográficas e os anexos.

Capítulo 1

A MULTIPLICIDADE DO FENÔMENO TRANSEXUAL

1.1 INTRODUÇÃO

Retomando o nosso percurso, prosseguimos na estrada rumo à compreensão da vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas. Para responder às nossas indagações, sobre os sentidos e significados atribuídos por elas à vivência, após a cirurgia, procuramos desvelar o fenômeno estabelecendo um diálogo de compreensão pelas áreas do conhecimento, a fim de mostrar o lugar que a transexualidade ocupa no cenário atual.

O "fenômeno transexual" começou a compor o quadro das modificações históricas da percepção científica, cultural e política da identidade sexual no século XX. Por conseqüência, a sociedade contemporânea passa por transformações significativas, e múltiplos arranjos surgem fora do referencial binário dos corpos (masculino e feminino). Em vista disso, os movimentos das chamadas “minorias” sexuais têm merecido especial atenção de cientistas, religiosos, psiquiatras, antropólogos, educadores e psicólogos, entre outros. É, portanto, dentro desse quadro de diversidade que a transexualidade[1] precisa ser compreendida.

Sabe-se que essa problemática é antiga. O que a torna atual é a possibilidade, legal e ética, de “mudar de sexo”, impulsionando o transexual a não medir esforços em busca da realização de seu sonho maior: eliminar a sua discordância sexual. No caso do nosso estudo – a mulher transgenitalizada, afirmando-se na qualidade em que seu sexo psicológico a define.

A fim de oferecermos uma visão ampla desse fenômeno, inicialmente situamos a transexualidade no cenário atual e em seguida apresentamos sua trajetória histórica sob as perspectivas: biológicas, psicológicas e sócio-histórico-culturais.

1.2 O CENÁRIO ATUAL

[1] Ao longo desse estudo, privilegiar-se-á o conceito da transexualidade. Transexualismo não será utilizado já que o sufixo “ismo” remete, frequentemente, à categoria de doença.

Diante de novas transformações que ocorrem em velocidade estonteante no cenário da sexualidade e nos possibilitam situar uma diversidade de expressões sexuais, lançamos vistas sobre algumas questões provocadas por variáveis contemporâneas que permitem que indivíduos como os transexuais entrem em cena.

A modernidade tomou maior velocidade a partir do século XVIII, quando os modos de vida passaram a se desvencilhar de todos os tipos tradicionais de ordem social – por definição, um período de mudanças constantes, rápidas e descontínuas das sociedades. As transformações sociais e sua reflexividade e os avanços industriais e tecnológicos que abalaram as estruturas européias, trazendo o progresso e modificando os modos de produção e as relações até então existentes.

Podemos, então, entender a pós-modernidade como uma visão de mundo, da sociedade, da ideologia que busca dar conta da época de transição em curso, que se observa nas sociedades, mas, não necessariamente na condição pós-moderna ou "modernidade líquida", termo cunhado pelo sociólogo polonês, Zygmunt Bauman (2003, p. 2), para falar do esgarçamento das relações na atualidade.

Na concepção deste autor, parece que estamos alcançando uma época em que as conseqüências da modernidade estão se tornando mais radicais e universais do que em períodos precedentes. Vivemos num mundo repleto de sinais confusos, de entretenimento instantâneo, propenso a mudar de forma rápida e imprevisível. Assim, para que o sistema se mantenha, os produtos culturais são feitos para serem consumidos rapidamente.

Esse fenômeno o autor denomina de fluidez da existência contemporânea e afirma que

> [...] a vida numa sociedade "líquido-moderna" não pode ficar parada. Deve modernizar-se ou então perece. É preciso correr. Ligar-se ligeiramente é uma ordem. Não importa o que aconteça, propriedades, situações e pessoas continuarão deslizando e desaparecendo numa velocidade surpreendente (BAUMAN, 2007, p. 9).

Nesse sentido, acredita-se que não há perspectiva de permanência; tudo é temporário. O autor esclarece que esse foi o motivo que o fez sugerir a metáfora “liquidez” para caracterizar o estado da sociedade moderna, que, como os líquidos, caracteriza-se por sua incapacidade de manter a forma. Por exemplo, as instituições, quadros de referência, estilos de vida, crenças e convicções mudam antes que tenham tempo de se solidificarem em costumes, hábitos e verdades “auto-evidentes”.

À medida que os indivíduos se deparam com as incertezas e as inseguranças da "modernidade líquida", suas identidades sociais, culturais, profissionais, religiosas e sexuais sofrem um processo de transformação contínua. Isso os leva a buscar relações transitórias e fugazes e faz com que sofram as angústias inerentes a essa situação. Afirma Bauman que a confusão atinge não só os valores, mas também as relações afetivas, que estar em movimento não é mais uma escolha, mas sim, um requisito indispensável (BAUMAN, 2004).

Fridman (1999) corrobora essa idéia quando afirma que a velocidade e a abrangência das mudanças, na vida atual, estão no centro das discussões que se travam sobre modernidade e pós-modernidade. Embora confirme que, ainda, as teorias acerca da pós-modernidade sejam incompletas e imperfeitas, diz que elas chamam atenção para fenômenos novos e decisivos da vida contemporânea e despertam o pensamento para algo que está acontecendo.

De acordo com este autor, para que se investigue sobre a pós-modernidade, é necessário engendrar esforços de interpretação que se ajustem às enormes repercussões sociais resultantes de mudanças ocorridas após os anos 60, em especial, da metade do século XX em diante. Mudanças essas que se deram rapidamente em todos os campos, em que certas concepções se destacaram e podem ser tomadas como referência, sobretudo no que caracteriza a sociedade da imagem e a sociedade do conhecimento.

A primeira refere-se à cultura dominada por imagens em que a mídia tem um papel fundamental na produção de narrativas que criam um universo de ilusão. Bruns (2006)

lembra, ainda, dos fenômenos da globalização e da informatização, que contribuíram para efetivar o paradigma do risco e da incerteza, que caracterizam a sociedade do espetáculo, afetando, desse modo, o tom das emoções, o lugar dos corpos e de papéis de gêneros a serem desempenhados. Para a autora, "[...] como a lógica do *ethos* é consumir, então, objetos, afetos, pessoas podem ser recicladas. Os vínculos afetivo-sexuais seguem a lógica das paixões consumistas" (BRUNS; SANTOS, 2006, p. 105).

A segunda é vista pela disseminação do conhecimento em todos os planos da vida social e pela filtragem de informação relevante nas nossas rotinas e no cotidiano.

Giddens (1991, p. 15) prefere a expressão "modernidade reflexiva" à pós-modernidade. Para o autor "[...] um mundo de reflexividade intensificada é um mundo de pessoas inteligentes". Com essa frase, ele caracteriza bem a sociedade do conhecimento como um mundo em que os indivíduos fazem uso permanente de informações para lidar com sua prática cotidiana. Segundo o autor, a reflexividade, pessoal ou institucional, produz uma dinâmica específica que caracteriza esse momento da "modernidade avançada". Desse modo, quanto mais se expande à modernização reflexiva, mais os indivíduos adquirem a capacidade de refletir sobre as condições sociais de sua existência, habilitando-se, assim, modificá-las.

Entretanto, Fridman (1999) adverte que esses indivíduos se vêem lançados, soltos e sós na reflexividade e na globalização, inclusive no manejo de suas vidas privadas e na inserção em papéis sociais.

Vaitsman (1994) aponta as transformações verificadas em categorias distintas, como raciais, étnicas e sexuais que lutavam contra formas específicas e localizadas de opressão. De acordo com ela, tais movimentos e tendências se conformaram com uma crítica social, cultural e política das configurações de poder dominante do mundo moderno e, por isso, vêm sendo chamados de pós-modernos.

Em nossos tempos, ainda consoante o autor, a crítica pós-moderna tem como alvo tanto as metanarrativas históricas quanto as análises teóricas sobre macroestruturas sociais, que institucionalizam a desigualdade.

No entanto, Lyotard (2000), filósofo que popularizou a noção de pós-modernidade, vê o pós-moderno como uma condição dos discursos nas sociedades mais desenvolvidas. Para ele, na condição pós-moderna, essas metanarrativas tornaram-se obsoletas porque, na sociedade contemporânea, a vida cotidiana é fragmentada, descontínua e heterogênea. Por tais razões, no seu entender, qualquer crítica só pode ser pragmática, local e contextual.

Mesmo que Vaitsman (1994) concorde com essa crítica pós-moderna às metanarrativas de legitimação, ela não descarta uma análise teórica das transformações macro-históricas que podem influir nas relações de gênero, de família e de casamento. Por esse motivo, apresenta vários discursos que remetem à indagação sobre o que a pós-modernidade tem do social, das relações interpessoais e, em especial, da família, do casamento, das identidades, e da sexualidade. A autora investiga, ainda, como os discursos sobre a universalização da história da humanidade vão sendo desconstruídos e transformados historicamente na sociedade contemporânea.

Segundo Jamenson (2000, p. 60), nesta época fragmentada, espacial e diferente, “precisa-se aprender a totalizar” visto que uma das tarefas básicas, hoje, é discernir as formas de inserção do indivíduo em um conjunto multidimensional de realidades percebidas como radicalmente descontínuas. Como um dos resultados dessa situação, ele ainda aponta o fato de que “[...] a verdade de nossa vida social como um todo, como uma totalidade, é cada vez mais, irreconciliável com os nossos modos de representação”.

O autor esclarece que essa necessidade de sermos totalizadores impera em seus pensamentos sobre as contradições do presente e tem o mérito adicional de nos incluir como elementos constitutivos, e não meramente marginais do sistema de organização social

contemporânea. Ruptura ou continuidade, a questão não é arbitrar, porém enfrentar o pós-modernismo como um componente do estágio atual da história e investigar suas manifestações atuais quase impensáveis, como a possibilidade de realizar a cirurgia de "mudança de sexo", procurando transcendê-las para mapear os rumos futuros.

Tal processo pode ser compreendido, levando-se em conta a intensificação de aspectos inerentes ao mundo moderno, constituído pela identidade de um grupo regido por tradições, que num processo de socialização viu organizarem-se regras, valores, e, sofrendo assim uma introjeção de comportamentos e relações de dominação. Segundo Foucault (1993), o dispositivo da sexualidade, na modernidade, só pode ser compreendido por meio dos mecanismos de poder e saber que lhes são intrínsecos.

Conforme Lipovetsky (2004), o espírito de tradição perdurava em diversos grupos sociais, como: a divisão dos papéis sexuais permanecia estruturalmente desigual, a Igreja no controle sobre as consciências, a promessa dos partidos revolucionários pela luta de classes, o ideal de Nação legitimava o sacrifício dos indivíduos, tudo era investigado para que o valor da tradição fosse mantido. O Estado, por sua vez, administrava a economia, todo esse conjunto de forças foi abalado na transição pela pós-modernidade. Por conseguinte, não houve apenas mudanças de diminuição das pressões e das imposições sociais. Conquistava-se também uma liberdade nova no rastro da dissolução dos enquadramentos sociais, políticos e ideológicos.

Esse autor vai mais além quando identifica que a sociedade caminhava para uma intensificação, para uma "hipermodernidade" do mundo, com o avanço da tecnologia genética, a globalização liberal e os direitos humanos; tornando, assim, o que se chamava de pós-moderno um vestígio do passado.

Por hipermodernidade, esse mesmo autor refere-se a uma sociedade caracterizada pela "[...] modernização desenfreada, feita de mercantilização proliferativa, de desregulamentação econômica, de ímpeto técnico-científico cujos efeitos são tão carregados de perigos quanto de

promessas" (LIPOVETSKY, 2004, p. 53). Contudo, deve-se ratificar que essa sociedade, descrita pelo autor como "desregulamentadora e globalizada", tem como alicerce eixos construtivos da própria modernidade: o mercado, a eficiência técnica, o indivíduo.

Ainda, segundo Contro (2004), no mundo moderno ou nessa transição configurada como hipermoderna, o indivíduo caminha em direção a uma desconstrução sócio-cultural, que pode ajudar a entender as desigualdades de gênero que aí se desenvolveram. Dessa perspectiva, podemos dizer que ele segue sem proteção em busca de pertencer a um grupo indispensável à constituição de uma identidade.

Deslocando o nosso foco da comunidade para o indivíduo, percebemos que o ritmo das atuais mudanças na sociedade é parte constituinte dessas mesmas mudanças visto que estamos, constantemente, em processo de atualização, acelerando seu ritmo na tentativa de preencher o espaço entre o interno e o externo, entre o mundo pessoal e o privado. Essa aceleração também pode promover um estado de transitoriedade em nossas relações com os objetos, pessoas, idéias, lugares e instituições, jamais vividas anteriormente, o que provoca um enfraquecimento e distanciamento das relações interpessoais (CONTRO, 2004).

O autor refere ainda que na pós-modernidade as diversas formas de ser e estar, em termos de gênero, sexo, raça, classe social e de mutações espaciais e temporais, são agora reconhecidas mais radicalmente como próprias dos tempos atuais. No tocante às escolhas afetivo-sexuais, vemos: casais que, por opção, não têm filhos; casais morando em casas separadas; casais homossexuais efetivando as suas relações; casais gays adotando filhos; novos arranjos de casamentos e famílias; a guarda dos filhos com o pai; o "ficar" dos adolescentes; as relações descartáveis e descompromissadas; enfim, uma infindável lista de opções, construídas de acordo com os valores e as necessidades desses novos tempos.

Com a diversificação em curso, para Hall (1998, p. 8), "[...] a identidade do indivíduo pós-moderno foi "descentrada", isto é, "deslocada ou fragmentada", no seio do tecido social,

provocando o estilhaçar de consensos". A uniformidade cedeu à diversidade, nas relações humanas, na família, na arte, nos valores e costumes, na produção de bens de consumo e na cultura atual como um todo. Consoante com Hall, já apontara que na pós-modernidade "[...] a pluralidade, o particular e local contrapõem-se à idéia de unidade, de geral e de universal, que constituem o eixo do modernismo" (VAITSMAN, 1994, p. 43).

Referindo-se à identidade do indivíduo no contexto sócio-político-cultural e econômico da atualidade, a autora afirma que:

> [...] a experiência fragmentada e descontínua é uma característica que perpassa a cultura e a identidade pós-moderna. [...] é um fenômeno social, resultado de processos históricos que apresentam articulações entre si que também estão presentes no modo como homens e mulheres constroem suas identidades (p. 49).

Assim, essas transformações, chamadas de deslocamento ou descentração do sujeito, estão mudando as identidades do indivíduo, abalando a idéia que tem de si próprio como sujeito integrado no mundo. E, desse modo, constituindo uma "crise de identidade" cuja origem está no processo de mudanças pertinentes. A insegurança inerente à constituição de uma identidade "móvel" do sujeito atual, em contínua formação e transformação, geralmente, produzirá angústia pela necessidade de ele escolher, de ele se definir (HALL, 1998, p. 9; VAITSMAN, 1994, p. 50).

Em vista disso, observamos que o sujeito que, antes, convivendo com uma identidade unificada e estável, hoje está se tornando fragmentado, composto não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias ou não resolvidas. À medida que os sistemas de significação e representação cultural se multiplicam, o indivíduo é confrontado por uma multiplicidade de identidades possíveis, caracterizada pela diferença entre essas identidades. Nesse sentido Hall (1998, p. 9) diz que "[...] elas são atravessadas por diferentes divisões e

antagonismos sociais que produzem uma variedade de diferentes “posições de sujeito”, isto é, identidades para os indivíduos”.

Sintetizando, Jamenson (2000), na sua análise sobre a cultura pós-moderna, concorda que esse sujeito autônomo, autocentrado, que corresponde ao período do capitalismo clássico e da família nuclear, estaria fragmentando-se e desaparecendo e chega a propor um modelo de estrutura subjetiva. Deve-se ressaltar que sua preocupação maior foi com as conseqüências psicológicas geradas pelas transformações sociais em curso.

Por esse motivo, elegeu algumas características centrais da pós-modernidade, principalmente as que dizem respeito à superficialidade e a fragmentação, e as transpôs para o campo da subjetividade. Apoiado nessas características tentou fazer a ponte entre o plano macro (social) e micro (psicológico) e, para explicar isso, recorreu à categoria nosológica da esquizofrenia, como modelo metafórico da subjetividade atual. Mais especificamente, à esquizofrenia, proposta por Lacan que a descreve como sendo a ruptura na cadeia dos significantes, ou seja, as séries sintagmáticas encadeadas de significantes que constituem um enunciado ou um significado, por exemplo, quando essa relação se rompe, tem-se, então, a esquizofrenia sob a forma de um amontoado de significantes distintos e não relacionados (JAMENSON 2000; ROMÃO-DIAS; NICOLACI-DA-COSTA, 2005).

Na visão de Jamenson (2000), a conexão entre esse tipo de disfunção lingüística e a psique do esquizofrênico pode ser entendida por meio de uma proposição de dois níveis: primeiro, a identidade pessoal é, em si mesma, efeito de certa unificação temporal entre o presente, passado e o futuro da pessoa; segundo, essa própria unificação temporal ativa é uma função da linguagem.

Como a esquizofrenia, inevitavelmente, remete à idéia de patologia, Jamenson (2000), para descrever a estrutura e a dinâmica interna que caracteriza, positivamente, a subjetividade

contemporânea, tentou separar as características da esquizofrenia de suas implicações patológicas.

Vale confirmar que sua proposta não é a de ver o sujeito pós-moderno como um sujeito doente, mas, sim, como um sujeito estruturalmente fragmentado. Na concepção do autor "[...] se (na pós-modernidade) somos incapazes de unificar o passado, o presente e o futuro da sentença, então somos também incapazes de unificar o passado, o presente e o futuro de nossa própria experiência biográfica, ou de nossa vida psíquica (p. 52)".

Posta assim a questão, segundo ele, a era pós-moderna dá ao sujeito a sensação de estar vivendo em um eterno presente, e isso é fundamental para que ele pense na esquizofrenia como metáfora da subjetividade atual, lembrando que uma das características da esquizofrenia é a perda da capacidade de conexão temporal e o conseqüente sentimento de viver em um eterno presente.

Outro modelo de subjetividade atual vem de Turkle[2] (1997, p. 49 apud Romão-Dias; Nicolaci-Da-Costa, 2005, p. 75), que, como Jamenson (2000), também recorreu à metáfora de uma categoria nosológica psiquiátrica para propor uma nova organização subjetiva. A diferença é que ao invés de recorrer à imagem da esquizofrenia, preferiu usar a do transtorno de personalidade múltipla.

Enquanto Jamenson diz que na organização subjetiva atual o eu é descentrado e fragmentado, Turkle afirma que "o *self* [eu] é descentrado e múltiplo". Jamenson caracteriza esse sujeito como um *eu* dividido em vários pedaços, várias partes, isto é, fragmentado. Já para Turkle, é como se esse *eu* único e centralizado, se multiplicasse. Para Turkle, o sujeito atual, ao invés de ser composto de vários pedaços de um todo, é constituído de vários todos, possui vários *selves*, e, acrescenta, ainda, outra característica a essa multiplicidade: a simultaneidade. Portanto, para a autora, o sujeito possui múltiplos *selves* que agem

[2] TURKLE, S. Life on the scren: Identity in the age of the internet. New York: Toutchstone, 1997.

simultaneamente: “[...] é tão rápido e fácil passar de um *self* a outro que é como se esses *selves* estivessem sempre à disposição, como as janelas abertas do *Windons”* (p.76). A autora faz uma analogia com o *Windons* (sistema operacional usados nos computadores pessoais) para melhor compreender se esses *selves* simultâneos em que várias “janelas” são abertas para diferentes finalidades.

Assim, no caminhar desse processo, foi possível não só observamos a reflexão de vários autores sobre as transformações contemporâneas, mas também que, embora o indivíduo passe por crises de identidade, marcadas pela multiplicidade de expressões e pela transitoriedade, parece que ele é capaz de administrar melhor a fragmentação. Percebe-se, ainda, que a identidade contemporânea não perdeu sua reflexibilidade e consciência de que é construída, mas agora se tornou mais natural sua expressão múltipla, transitória e aberta, tornou-se mais natural possibilitando uma reconstrução permanente da individualidade, redefinindo espaços e fronteiras e aumentando, pois, o reconhecimento e a legitimidade social e pessoal do indivíduo.

Portanto, é importante compreender esse cenário que nos possibilita situar no mundo atual essas transformações contemporâneas, como a vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas. A seguir, apresentaremos uma trajetória histórica da gênese do "fenômeno transexual", demonstrando os fatos mais relevantes na urgência de retratar essa problemática.

1.3 TRAJETÓRIA HISTÓRICA E CONCEITUAL

A transexualidade vem conquistando seu espaço na história da humanidade. Desde remotas eras tem sido retratada: da mitologia greco-romana aos dias de hoje. Nas mais variadas fontes literárias e antropológicas, encontram-se relatos de personagens que se vestiam como membros do sexo oposto, dizendo sentirem-se pertencentes ao outro sexo.

Dessa forma, o que atualmente é designado “transexualidade” não é próprio nem da cultura brasileira, nem da época atual, mas tem sido parte de várias culturas e momentos históricos.

Porém, há cerca de quarenta anos, segundo Vieira (1996), a transexualidade passou a ser bem caracterizada, quando se procurou associá-la a uma etiologia e seu comportamento entrou para campo da medicina, tendo início, assim, a história de sua apropriação médica.

Citado pela primeira vez na literatura científica, no trabalho de Hirschfeld, em 1923, o termo “transexual” foi, na época, utilizado sem distinção como travestismo, homossexualismo, transgenderismo ou transexualismo. Apenas em 1940 foi que começou a ser utilizado com seu significado atual: indivíduo cujo desejo é viver definitivamente o papel do sexo oposto e realizar uma cirurgia de redesignação sexual (SELVAGGI et al., 2005).

Assim, Alfred Kinsey, entre as décadas de 40 e 50 do século passado, foi o pioneiro em abrir o caminho para o reconhecimento das diferenças sexuais existentes nos seres humanos, aprovando todas as variações sexuais desde que não envolvessem coerção (SOUZA, 2004).

Conforme Castel (2001); Cohen-Kettenis; Gooren (1999), o termo transexual foi empregado, em 1949, pelo Dr. D. O. Caudwell em um artigo intitulado “*Psychopathia transsexualis*” (Psicopatia transexual). Em 1953, o médico pioneiro na redesignação sexual, Harry Benjamin, pronunciou a palavra “Transexualism” em uma conferência na Academia de Medicina de Nova York e apontou a cirurgia como a única alternativa terapêutica possível para os transexuais.

Ao final dos anos 50, segundo Conway (2006); Frignet (2002), um cirurgião plástico francês, o Dr. Georges Burou, M.D., começou a pôr em prática a técnica moderna da inversão do pênis para a redesignação sexual do transexual masculino para feminino – MtF. O médico praticou essas cirurgias na sua clínica em Casablanca, Marrocos, que foi durante anos um dos

principais canais de conversão sexual existentes no mundo. Até hoje, utilizam-se variações de sua técnica.

Em 1955, John Money, nos Estados Unidos, esboçou suas primeiras teses sobre o conceito de "gênero" para designar a primazia da cultura na definição do sentimento de pertencer a um ou outro sexo, em detrimento de um determinismo biológico. Não obstante, o termo só foi propagado com a publicação de "*The Transsexual Phenomenon*" (O Fenômeno Transexual), 1966, de Harry Benjamin. Essa obra, que relata o nascimento da transexualidade, mudou o paradigma de tratamento visto que nela ele descreveu as suas experiências com muitas pacientes transexuais ao longo de várias décadas. Foi, portanto, o primeiro pesquisador a reconhecer que a identidade de gênero e a orientação sexual são dimensões distintas da natureza de cada pessoa. Desde então, houve uma confluência de esforços da Medicina e da Psicologia para oferecer melhor qualidade de vida às pessoas transexuais, tornando a transexualidade uma condição a ser reconhecida e tratada (ABDO, 2005; CASTEL, 2001; SELVAGGI et al., 2005).

Assinale-se, ainda, que, até 1966, Money havia aplicado o conceito de gênero ao hermafroditismo e referia-se a esse conceito como "hermafroditismo psíquico". Com o auxílio de estudos realizados com crianças, ele demonstrou a independência total entre identidade de gênero e o sexo biológico, indicando que a transexualidade se caracterizaria pela não adequação entre um e outro.

Finalmente, o conceito de identidade de gênero é vinculado à transexualidade. Em vista disso, a medicina dos Estados Unidos iniciou um processo de incorporação desse novo diagnóstico e tratamento quando o Hospital Jhons Hopkins, em Baltimore – EUA, anunciou a formação da sua Clínica de Identidade de Gênero, e os cirurgiões do Centro Médico dessa Universidade começaram a executar as primeiras cirurgias de adequação do fenótipo masculino para o feminino – MtF, para auxiliar algumas pacientes transexuais que já

recebiam acompanhamento psicológico nessa instituição, habilitando, assim, o tratamento (CASTEL, 2001).

Em 1969, realizou-se, em Londres, o primeiro congresso da Harry Benjamin Association que, posteriormente, passou a chamar-se "Harry Benjamin Internacional Gender Dysphoria Association (HBIGDA)". A HBIGDA legitimou-se como a responsável pela normatização do tratamento para as pessoas transexuais em todo mundo.

Também, nesse mesmo ano, o Dr. Stanley Biber, de Trinidad, Colorado, EUA, por meio de informações obtidas da equipe cirúrgica do Johns Hopkins, deu início a prática da cirurgia MtF. Pelo sucesso alcançado e devido ao número expressivo de cirurgias realizadas, a cidade de Colorado foi nomeada "Capital da Mudança de Sexo" (CONWAY, 2006).

Com base nessas premissas, o conceito de gênero importado por Money foi retomado por Fisk em 1973, como uma patologia sexual, quando sugeriu o termo "*gender dysphoria syndrome*" (síndrome de disforia de gênero), que foi adotado para indicar a presença do problema de gênero em ambos os sexos. O termo foi, então, sendo gradualmente admitido nas nosografias psiquiátricas, mas, devido a sua pouca especificidade, foi abandonado (COHEN-KETTENIS; GOOREN, 1999).

O uso do conceito de gênero passou a ser consagrado por Robert Stoller, psiquiatra e psicanalista, que, dando continuidade ao reconhecimento da distinção entre sexo e gênero, apresentada por Money, propôs a terminologia "disforia de gênero". Para ele, como ponto central da compreensão da experiência transexual, sexo era uma condição biológica e gênero uma condição sócio-psicológica. Stoller acreditava, ter isolado o "núcleo fundamental de identidade de gênero" como operador central da compreensão da experiência transexual.

O emprego do termo transexualismo como diagnóstico tornou-se um problema, pois existem múltiplos significados para ele e nenhuma definição amplamente aceita. Embora implique em um estado, uma condição, um complexo dinamicamente organizado de

comportamentos e pensamentos, é mais comumente utilizado para se referir a alguém que deseja ou obteve nova designação de sexo. Pode-se referir ao transexualismo como uma síndrome mas não seria o termo exato, uma vez que no pedido de mudança de sexo ou na sua obtenção ocorre uma série de comportamentos e atitudes e o mais coerente é considerá-lo como uma mescla de síndromes, sintomas, sinais, desejos e proclamações diferentes (STOLLER, 1993).

Substituir o sexo pelo gênero, segundo Frignet (2001, p. 88), permite propor, à primeira vista, uma explicação elegante da transexualidade:

> [...] haveria, de um lado, o sexo real, o da reprodução sexuada, imposto pela natureza, consagrado em geral pela aparência e quase sempre aceito pelo indivíduo; e, do outro, o registro subjetivo do gênero que, na maioria dos indivíduos, concordaria com o sexo, o transexualismo mostrando, no entanto, a possibilidade de uma discordância. Tal hiato, insuportável para o sujeito, levaria o transexual a querer uma modificação de seu sexo para pôr este de acordo com o seu gênero.

Dessa forma, a evolução do termo “disforia de gênero”, característica marcante da pessoa transexual, que sente profundo desconforto e sentimento de inadequação com o sexo que lhe foi atribuído, abriu, um caminho nas descrições das doenças oficiais no quadro global dos "distúrbios da identidade de gênero".

Com efeito, até hoje, a Organização Mundial de Saúde (2000), por meio da CID-10 (Código Internacional de Doenças), ainda inclui o termo “transexualismo”, definido como um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto; porém, na mais recente versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV-TR™ (APA, 2002), ele foi substituído por “Transtorno de Identidade de Gênero” (GID-Gender Identity Disorder), caracterizado por uma forte e persistente identificação com o gênero oposto.

Cabe, no entanto, observarmos que os primeiros relatos de cirurgia de conversão sexual surgiram na década de vinte, na Alemanha e na Dinamarca, e que os primórdios da

cirurgia se situam no tratamento para pseudo-hermafroditas e hermafroditas verdadeiros, com as chamadas cirurgias de adequação sexual.

Vale mencionar a experiência do cirurgião Felix Abraham, aluno de Hirschfeld, que, em 1921, numa clandestinidade relativa, operou, em Dresde, na Alemanha "Rudolf" (Dora), o primeiro transexual redefinido. Na Dinamarca, em 1930, houve o caso de Andreas Sparre, pintor dinamarquês mais conhecido por Einar Wegener, que se tornou “Lili Elbe”. Foi ainda na Dinamarca que se registraram cirurgias bem sucedidas como a de Robert Cowell, aviador da segunda guerra Mundial, que se tornou Roberta Cowell; porém, sem notoriedade e divulgação (CASTEL, 2001; SAADEH, 2004).

A primeira cirurgia oficialmente divulgada foi realizada pela equipe de Christian Hamburger em Copenhague, Dinamarca em 1952: George Jorgensen, ex-soldado norte-americano, que após a adequação passou a chamar-se Christine Jorgensen. Depois desse fato, embora permanecendo no anonimato, milhares de pessoas submeteram-se à cirurgia, e os transexuais, aos poucos, começaram a ser ouvidos em suas reivindicações assim como as questões de identidade de gênero ganharam conhecimento público, aparecendo como “fenômeno social” (CASTEL, 2001; COUTO, 1999).

O primeiro tratamento médico-cirúrgico semelhante ao de Jorgensen ocorreu nos Estados Unidos em 1965, por ordem de um juiz de Baltimore e após recomendação de psicólogos da Johns Hopkins University, para modificar a aparência de um rapaz de dezessete anos, ladrão compulsivo de perucas femininas. Esse tratamento foi chamado de “conversão sexual” (FRIGNET, 2001).

Conforme Vieira (2004), em 1969, o brasileiro Ayrton Galliacci (Jacqueline), aos 36 anos, foi o primeiro transexual latino-americano a submeter-se à cirurgia de adequação sexual, ocorrida em Casablanca, no Marrocos.

Alguns anos depois, em 1971, seria a vez de Waldyr N. (Waldirene), a primeira transexual operada no Brasil pelo cirurgião plástico Dr. Roberto Farina. Em 1975, ela solicitou a retificação em seu Registro Civil, pedido denegado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo. Em vista disso, em 1978, Dr. Farina foi condenado a dois anos de reclusão sob a alegação de haver infringido o disposto no art.129. §2º, III, do Código Penal Brasileiro; tendo, no ano seguinte, no entanto, sido absolvido por votação majoritária pelo Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo (VIEIRA, 2004, p. 110).

Muitos relatos sobre essas experiências, divulgados pela mídia, têm contribuído para que a sociedade atual venha reconhecendo, pouco a pouco, a idéia de uma transição transexual e venha se tornando mais tolerante e aberta. O caso mais notório foi o de Roberta Close, nome artístico de Luiz Roberto Gambine Moreira, brasileira, modelo e atriz, que se submeteu à cirurgia em Londres, em 1989. Deve-se dizer que, ela foi considerada modelo de beleza da mulher brasileira e tornou-se a transexual mais conhecida no país. Atualmente, ela reside em Zurique, Suíça.

Nesse percurso histórico-conceitual nos foi possível observar como essa problemática pôde deixar sua marca nos registros patológicos, ser dominada pelo consenso em vigor na época entre os endocrinologistas e cirurgiões; e ser negligenciada nas implicações psicossociais, jurídicas e éticas. Para Harry Benjamin, a cirurgia para os transexuais verdadeiros seria a única terapia possível. Todavia, no decorrer dos estudos de Stoller, psicanalista americano, destaca a importância das implicações da psicoterapia e a construção sócio-cultural da identidade de gênero.

O que percebemos é que esses estudos vêm ampliando o conhecimento, contribuindo para uma visão científica e debates na área e, beneficiando pessoas que no decorrer da própria existência foram colocados à margem. Entretanto, como mostraremos a seguir, a prevalência

de transexuais ainda é imprecisa, uma vez que poucos países se interessaram por estudos nesta área.

1.4 PREVALÊNCIA

Segundo DSM-IV-TR™ (APA, 2002), não existem estudos recentes que ofereçam dados sobre a prevalência no mundo, mas baseada em dados estatísticos de países pequenos da Europa, a associação sugere que cerca de 1 em 30.000 homens adultos e 1 em 100.000 mulheres adultas buscam a cirurgia de transgenitalização. De acordo com a referência da HBIGDA, estimativas mais recentes da prevalência na Holanda indicam 1 em 11.900 homens e 1 em 30.400 mulheres (MEYER et al., 2001; SELVAGGI et al., 2005).

A discrepância entre as estimativas deve-se a muitos fatores, entre os quais: problemas diagnósticos, características transculturais e disponibilidade de serviços especializados. Já, a predominância de casos do sexo biológico masculino depende de fatores, como também período de tempo, do país e do estudo (LOBATO et al., 2001; SELVAGGI et al., 2005). Conforme Cohen-Kettenis e Gooren (1999), não há estudos de prevalência em crianças transexuais.

Castel (2001) estima que o número de transexuais hormonizados e operados seja de 50.000 nos Estados Unidos (entre 30.000 e 60.000 candidatos) e 3.000 na França. Apesar de no Brasil não haver estatísticas oficiais, avalia-se que já tenham sido realizadas mais de 400 cirurgias, sendo a maioria em transexuais masculinos (VIEIRA, 2004).

É importante ressaltar que, o número real de transexuais existentes hoje é totalmente desconhecido. A oscilação das estimativas decorre não só da falta de registros das práticas clandestinas, como também da opção de a maioria das mulheres trangenitalizadas de ficar no

anonimato, sobretudo quando modificado seu nome e sexo no Registro Civil (CASTEL, 2001).

1.5 ETIOLOGIA

Por ser a transexualidade um fenômeno complexo, podemos identificar a existência de vários modelos de pesquisa na tentativa de esclarecer a etiologia deste transtorno de gênero, que pode ser originária desde uma abordagem, exclusivamente, biológica até uma premissa, essencialmente, psicológica (LOBATO et al., 2001).

1.5.1 **Perspectivas biológicas**

Muito se tem aprendido a respeito dos mecanismos de determinação gonadal – fase de desenvolvimento de uma gônada, desde a sua forma indiferenciada – bipotencial, até a diferenciação sexual em um testículo ou um ovário, que são os mecanismos a partir do qual uma gônada já definida atribui ao indivíduo o seu sexo final, masculino ou feminino.

A partir de técnicas de biologia molecular, novos conhecimentos têm sido descritos que nos auxiliam a compreender a etiologia de muitos casos de anomalias da diferenciação sexual tais como: a incorporação de genes a uma cascata de determinação gonadal, a caracterização de receptores e defeitos em hormônios, receptores e em ações pós-receptores (DAMIANI et al., 2005).

Do ponto de vista genético, aceitava-se que a presença de um cromossomo Y seria necessária e suficiente para o desenvolvimento de um indivíduo do sexo masculino e sua ausência, para um do sexo feminino. Este modelo, no entanto, não explicaria os estados de intersexualidade. A partir de pesquisas por meio da biologia molecular, outros genes foram

sendo identificados como fatores determinantes testiculares, tais como o TDF (Testis Determining Factor), localizado no braço curto do cromossomo Y (DAMIANI et al., 2005).

Mesmo com a evolução do conhecimento dos mecanismos que levam uma gônada indiferenciada a testículo ou ovário, ainda ficamos sem saber o que ocorre no aspecto cognitivo, cerebral. As pesquisas não têm avançado significativamente nesse campo devido às dificuldades de exploração de uma estrutura da complexidade do cérebro. Entretanto, existem indicações de que estruturas cromossômicas XX e XY, tanto as neurais quanto as não neurais, diferenciam-se antes mesmo de serem influenciadas por hormônios (ARNOLD et al., 2004).

Dewing et al. (2003), estudando genes em ratos machos e fêmeas, encontraram 51 que tiveram expressão em embriões antes da formação das gônadas, o gene que mostrava maior expressão em fêmeas estava localizado no cromossomo X e em machos, no Y, sugerindo que, em mamíferos, os cérebros masculino e feminino iniciam as vias cerebrais de diferenciação sexual antes mesmo da formação gonadal.

Outro fator etiológico a ser considerado é o neuro-endócrino, no qual anomalias funcionais ou morfológicas que interfiram na ação dos androgênios a nível cerebral podem ocasionar dissociação entre o sexo psicológico, gonadal, hormonal e fenotípico na transexualidade (GIORDANO; GIUSTI, 1995).

As teorias neuro-endócrinas baseiam-se na presença de um dimorfismo sexual entre macho e fêmea e na ação de esteróides sexuais (testosterona) no sistema nervoso central (SNC) durante o período peri-natal (DÖNER et al., 1988)

O trabalho de autores como Zhou et al. (1997), mostraram que o volume da subdivisão central do leito do núcleo hipotalâmico *bed stria terminalis* (BSTc), área essencial para o comportamento sexual, é maior em homens do que em mulheres. O mesmo volume feminino é encontrado em transexuais.

No nascimento, esses núcleos contêm somente 20% das células encontradas em crianças de dois a quatro anos. Após esse período, ocorre um decréscimo no número de células nas meninas, o que não se repete nos meninos. Sugere-se que a falha neste processo esteja associada a diferenciações sexuais anômalas. Este trabalho mostra uma estrutura feminina cerebral em transexuais, geneticamente masculinos e fortalece a hipótese de que a identidade de gênero se desenvolve como resultado de uma interação entre o cérebro em desenvolvimento e os hormônios sexuais (ZHOU et al., 1997).

Outros autores como Bradley et al. (1991), acham que, mais do que causa, estas alterações seriam efeitos do meio hormonal na vida adulta, concluindo que o dimorfismo sexual no cérebro adulto seria causado unicamente pelos esteróides sexuais circulantes.

A teoria endócrina baseia-se no fato de que os esteróides sexuais influenciam a expressão do comportamento sexual nos homens e nas mulheres adultos e que um ambiente hormonal atípico no nível do sistema nervoso central (SNC), como uma hiperplasia adrenal congênita; resistência aos androgênios ou ainda à utilização de hormônios exógenos ocasionariam uma desordem na identidade de gênero. Observação clínica na década de 70 mostrou que a presença de androgênios na vida intra-uterina e no período peri-natal de fetos femininos era capaz de influir no comportamento de gênero dos indivíduos (MONEY, 1981; SELVAGGI et al., 2005).

Segundo Döner et al. (1988), a exposição do SNC à testosterona no período peri-natal, promoveria a masculinização da conduta sexual. Analogamente, a sua ausência resultaria na feminilização, algo que determinaria um *imprinting* sexualmente dimórfico em núcleos hipotalâmicos (LOBATO et al., 2001).

Para Athayde (2001), os achados positivos que tentam confirmar essas hipóteses não apresentam marcadores biológicos confiáveis ou originam-se de experimentos com animais, que, apesar de bastante interessantes, seguem sem confirmação. A replicação dos dados é

certamente necessária e os mecanismos causais da diferenciação sexual do núcleo hipotalâmico, os fatores pré-natais e pós-natais que influenciam esse processo e as suas conseqüências funcionais exatas requerem, ainda, maiores elucidações.

1.5.2 **Perspectivas psicológicas**

Em um primeiro momento, abordamos a perspectiva da psicanálise por sua importante contribuição para o tema e, em seguida, a perspectiva do psicodrama por ser uma linha de formação teórica da autora e, dessa forma, fundamentar o estudo aqui descrito.

1.5.2.1 Psicanálise

Gostaríamos de ressaltar que não é nosso interesse fazer um estudo da psicanálise, mas apontar como foram organizadas as explicações psicanalíticas para a experiência transexual.

Stoller (1982), psicanalista norte-americano e professor de psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade de Los Angeles, na Califórnia, importante estudioso da transexualidade e da psicanálise, foi um dos primeiros a fazer uma clara distinção entre as formas de identificação relacionadas a sexo e gênero, e a restringir a idéia de identificação sexual ao contexto biológico e a identidade de gênero ao psicológico. Segundo o autor, a identidade sexual do ser humano é um destino a ser construído na história de suas experiências objetais não determinada biologicamente, mas sim por meio de um processo eminentemente psíquico.

Para Stoller (1976), a feminilidade é considerada como o estado mais natural de um indivíduo. O autor sugere a presença de uma feminilidade primária para ambos os sexos, que denominou de protofeminilidade – um resquício da identificação primária (simbiose) com a mãe – que é a noção de uma impressão (*imprinting*), desta feminilidade, sobre a maleável

protopsíque não resistente e o sistema nervoso central inacabado do bebê. Mecanismo este proposto como agente etiológico da transexualidade masculina, produzindo uma identidade de gênero feminina livre de conflitos. De modo que explicaria que meninos se sintam femininos apesar de sua anatomia masculina e também asseguraria o fundamento da identificação de gênero em todos os bebês como sendo inicialmente feminina.

Stoller (1976) considera que o conteúdo da masculinidade representa a necessidade masculina de superar a identificação feminina primária, afastando-se da mãe e aproximando-se do pai. De um modo geral, a menina se beneficia da protofeminilidade primária (estágio primário) simplesmente pela simbiose mãe-criança. E, por causa das dificuldades deste afastamento, os meninos são mais suscetíveis aos problemas da identidade de gênero do que as meninas. E, considera, ainda, que o gênero nuclear (importante na organização da personalidade), não é derivado da experiência de aprendizagem conflitiva, e sim da não-conflitiva. A identidade de gênero nuclear, uma vez estabelecida, localiza o objeto apropriado para a imitação e a identificação.

Em relação à transexualidade masculina, Stoller (1976) faz referências às manifestações bastante primitivas de um sentimento discrepante entre a condição anatômica do menino e sua vivência psíquica que o faz sentir-se uma menina. Embora reconheça as características masculinas do seu corpo, nutre sentimentos de estranheza e rejeição. Seu comportamento transexual atravessa a adolescência e persiste na vida adulta junto com o desejo de ter um corpo feminino, o que pode culminar com a cirurgia de mudança de sexo.

A pesquisa psicanalítica mais recente nos leva a entender que, na maioria dos casos, este desejo não é expressão de um desejo psicótico, como alguns autores têm sugerido. O desejo transexual é a determinação de estar em conformidade com o desejo da mãe (frequentemente do pai também) e, consequentemente, tais indivíduos irão procurar, ao longo de toda a infância e adolescência, os meios, pelos quais uma reatribuição sexual possa ser

realizada, a fim de interpretar o sexo anatômico em conformidade com a persistente convicção de pertencer psiquicamente ao sexo oposto. Esta determinação é basicamente a expressão do profundo desejo de existir como um ser sexual aos olhos da mãe (McDOUGALL, 1999).

Stoller (1976) considera sob o ponto de vista etiológico, o caráter transgeracional, observado na maioria dos seus casos. Em um dos seus casos relatados, em que a mãe de um menino transexual, em sua infância, tinha pouco sentido de apreço para com sua condição feminina, condição essa, reforçada por sua própria mãe e, por seu pai, por ela mais admirado, que a encorajava para que se identificasse com seus interesses masculinos. Tal situação incrementou suas qualidades masculinas promovendo nela um desejo de ser homem, agindo e vestindo-se como tal. Com as profundas transformações corporais revelando suas formas femininas a partir da adolescência, ela verá destruídas todas as suas expectativas de se tornar um homem, assumindo, então, a sua condição feminina. Chegando ao casamento, o esposo (pai) tinha como característica a distância e a passividade. Com o nascimento do filho, ela teria a incumbência de resgatar a identidade sexual materna perdida anteriormente. Esta mãe apropria-se da criança como obra sua, afastando a participação paterna.

Segundo Garcia (2001), a construção da identidade de gênero começa em um período anterior ao nascimento, quando os pais do futuro bebê resolvem ficar juntos e formar um novo casal. Ao iniciar essa relação, cada um deles traz consigo uma bagagem psíquica, contendo expectativas e sonhos a partir de desejos inconscientes, frutos de suas vivências junto às famílias de origem, e, assim, na criança será refletida a sexualidade dos pais e desta a sua própria sexualidade será constituída.

Para Ceccarelli et al. (1999), não há evidências de que o estado de gênero original seja masculino, como propôs Freud; feminino, como sugeriu Stoller, ou de que o gênero seja inato, como propuseram Horney e Jones. A identidade de gênero nuclear normal advém da

atribuição e da criação sexual. Ele é não-conflitivo e construído cognitiva e experimentalmente. Por outro lado, a identidade da função de gênero, tanto a normal quanto a aberrante, é formada pelo corpo, pelo ego, pela socialização e pelas relações objetais sexualmente discrepantes. Diferentemente da identidade de gênero nuclear normal, ele representa um feito psicológico e está carregado de conflito desta natureza.

Para este autor, a psicanálise não pode fornecer uma teoria global da identidade de gênero, uma vez que ela não tem condições de explicar a origem da identidade de gênero nuclear normal livre de conflitos.

Do ponto de vista psicossocial, diversos autores como Stoller, Green e Blanchard, têm focalizado a busca de fatores determinantes da gênese transgeracional da transexualidade. Seus estudos apontam à presença de estados psicopatológicos em mães de crianças que desenvolvem transtorno de identidade de gênero, embora os mecanismos pelos quais fatores psicossociais operariam na gênese da disforia de gênero ainda sejam imprecisos (LOBATO et al., 2001).

Sexólogos de diferentes correntes teóricas concordam que os problemas da identidade de gênero, tal como se manifestam na transexualidade, no travestismo e na homossexualidade, ocorrem com mais freqüência no sexo masculino do que no feminino. Assim a transexualidade homem-mulher excede o de mulher-homem na proporção de quatro para um; e, não apenas excede como também ocorre mais cedo (PERSON; OVESEY, 1974).

Existem, essencialmente, duas explicações psicanalíticas para a discrepância na incidência das desordens de cruzamento de gênero. Stoller (1976) argumenta que o sexo masculino e o sexo feminino possuem tarefas fundamentalmente diferentes; o menino deve se des-identificar da mãe, ao passo que a menina não; esta tarefa, da qual a menina é poupada, é por natureza mais difícil e deixa, pois, o menino mais vulnerável aos distúrbios de gênero.

Já para Ceccarelli et al. (1999), a des-identificação é o mesmo processo de separação-individuação; ambos os sexos devem se des-identificar e a tarefa é igualmente difícil para ambos. Quando surgem conflitos na separação-individuação, eles são adaptativamente resolvidos de um modo que sua solução resulta em conseqüências distintas para cada um dos sexos.

Para Person e Ovesey (1999); Stoller (1976) enfrenta problemas de estabelecer evidências para a fase protofeminina em ambos os sexos. Ele a vê como um experimento natural, assim, sua formulação da etiologia da transexualidade é crucial para sua teoria. Argumenta repetidamente que a transexualidade é a pedra fundamental para o entendimento do desenvolvimento da masculinidade e da feminilidade de todas as pessoas e que os efeitos da feminilização do ambiente biopsíquico infantil masculino, geralmente não são encontrados no desenvolvimento normal e podem ser inferidos.

Uma das críticas a teoria da protofeminilidade de Stoller é a falta de um banco de dados para estabelecer uma base protofeminina. De acordo com o autor, a superfície comportamental da feminilidade infantil, seja a criança do sexo masculino ou feminino, não é evidente antes do primeiro ano de idade. Como os sinalizadores de gênero não aparecem antes de um ano de idade, não há, pois, evidência observável para a presença de um estado protofeminino nem nos meninos nem nas meninas normais (PERSON; OVESEY, 1999).

Mesmo nos transexuais masculinos não há uma base de dados que estabeleça a feminilidade primária. A feminilidade não aparece antes do primeiro ano de idade, na maioria dos casos de feminilidade infantil ou efeminação, os meninos têm entre três e quatro anos de idade. Portanto, não se pode observar a protofeminilidade mesmo naqueles meninos destinados a ter uma desordem de gênero cruzada. Stoller, não oferece qualquer explicação para esta demora nas manifestações de um *imprinting* hipotético (PERSON; OVESEY, 1999).

Segundo Oppenheimer (1991), a teoria do *imprinting* de Stoller, implica em um gênero nuclear feminino fixo, não pode explicar a flutuação do desejo transexual em um indivíduo, que se manifesta somente na idade adulta, enquanto a hipótese motivacional conflitiva aborda facilmente estas questões.

A crítica mais importante, levantada por muitos pesquisadores, com relação às teorias de Stoller, diz respeito de sua explicação etiológica da transexualidade e de sua insistência em ser ela não-conflitiva. A maioria dos psiquiatras e psicólogos de linha psicodinâmica encontram evidência clínica para uma base conflitiva da transexualidade (PERSON; OVESEY, 1974; CECARELLI, 1999).

Michel et al. (2001) apresenta duas categorias psicológicas de entendimento da etiologia do transexualidade, uma hipótese não-conflitiva e uma conflitiva: A não-conflitiva é caracterizada como a relação mãe-filho emocional e corporalmente feliz, baseada e mantida em uma simbiose extasiante na qual o menino se identifica com o gênero da mãe. Já na hipótese conflitiva, a transexualidade teria uma formação patológica e considerada como uma defesa contra a homossexualidade, uma forma de perversão, um transtorno narcísico ou uma perturbação da fase de separação-individuação.

Chiland (2000) discorda de Stoller em relação ao processo não-conflitivo na simbiose mãe-filho na transexualidade masculina. Afirma ter encontrado uma situação na qual a mãe viveria essa simbiose extasiante, mas a criança experimentaria duas vivências: uma de felicidade fantástica e outra de perigo.

Person e Ovesey (1974), opondo-se à teoria de Stoller, propuseram que a feminilidade do transexual advém das fantasias da fusão simbiótica com a mãe como uma defesa contra a angústia da separação. Meninos e meninas têm, provavelmente, igual suscetibilidade às rupturas do processo de separação-individuação com sua conseqüente angústia de separação.

Ambos podem lançar mão da fantasia de fusão com a mãe, a fim de ser, de ter, ou de a ela se igualar no trabalho de dominar esta angústia de separação.

Em ambos os sexos, a perpetuação destas fantasias fusionais rompem com o senso do *self* e das relações objetais. Tais dificuldades na separação-individuação são igualmente sérias nos dois sexos, resultando na organização de uma personalidade limítrofe.

Nos meninos, tais fantasias fusionais podem ser acompanhadas de uma marca de gênero. Se as fantasias de fusões persistem ou são reconvocadas, podem surgir: o gênero nuclear e o comportamento e a identificação de gênero cruzado. Se o sexo masculino for frágil, a angústia da separação poderá ocasionar uma ruptura no desenvolvimento de sua personalidade e, por essas razões, ocorre uma maior incidência de desordens de gênero no sexo masculino (PERSON; OVESEY, 1974).

Poucos autores ligados à psicanálise, entre eles Volkan e Masri (1989), desenvolvem hipóteses etiológicas sobre a transexualidade feminina que está associada à fase pré-edípica (entre dezoito meses e três anos de idade), ao início precoce da identidade masculina e ao desenvolvimento desta identidade, que está ligada à relação estabelecida com a mãe e à ausência do pai.

A mãe é usualmente deprimida e sexualmente faminta. A menina, para compensar o sofrimento materno, de forma inconsciente, se identifica como homem para se diferenciar da mãe deprimida e sofredora.

De um modo geral, a transexualidade feminina caracteriza-se na ligação com a mãe e na busca do pênis como aliviador do sofrimento materno e autenticador de sua identidade.

1.5.2.2 Psicodrama

No intuito de compreender a sexualidade no cenário atual, palco onde a todo instante

deparamo-nos com o novo, será abordada a perspectiva do psicodrama que apresenta algumas possibilidades sobre a dinâmica da questão transexual.

A espontaneidade e a criatividade, pressupostos básicos da teoria moreniana, podem oferecer um caminho instigante para situações que se apresentam assustadoras e desafiantes.

Para Merengué (1999), o surgimento de novas manifestações da sexualidade seria a expressão de movimentos espontâneos e criativos, portanto, a transexualidade poderia ser entendida como uma manifestação criativa do ser humano, uma nova possibilidade de expressão sexual.

Dessa forma, espontaneidade e criatividade são inseparáveis, já que "[...] a possibilidade de modificar uma dada situação ou de estabelecer uma nova implica em criar: produzir alguma coisa nova a partir de algo que já é dado" (GONÇALVES et al., 1988, p. 47).

A idéia moreniana de espontaneidade criadora diz respeito àquelas respostas originais, disruptivas e iniciadoras de novas formas de atitudes humanas frente à determinada ordem e devem ser dadas livremente e estarem articuladas a uma demanda específica. Trata-se, portanto, de uma questão de vital importância se falamos de mudança (MERENGUÉ, 1999).

Esta capacidade é natural nas crianças, mas, à medida que nos desenvolvemos, a substituímos por respostas rígidas e mecânicas condizentes com valores e normas culturais adquiridas ao longo da vida. Segundo Gonçalves (1988), tal feito ocorre devido às conservas culturais existentes, ou seja, objetos, materiais, comportamentos, usos e costumes que se mantêm idênticos em uma dada cultura.

Fox (2002, p. 81) corrobora dizendo sob o efeito que as conservas exercem sobre a criatividade e a espontaneidade que serviram a dois propósitos:

> [...] elas foram úteis em situações ameaçadoras e asseguraram a continuidade da herança cultural, no entanto, quanto mais se desenvolveram e quanto mais se deu atenção ao seu acabamento e aperfeiçoamento, mais raramente as pessoas foram sentindo necessidade de inspiração momentânea; assim o

> próprio componente espontâneo da conserva cultural foi sendo enfraquecido em seu cerne.

Para Moreno (1993), portanto, a fim de que ações verdadeiramente espontâneas e criativas possam ocorrer, é preciso que as conservas culturais sejam utilizadas apenas como um ponto de partida; ou, caso contrário, o homem irá se prender ao que está pronto, acabado, e não haverá espaço para a manifestação da criatividade.

A espontaneidade está presente no indivíduo desde o nascimento e o coloca em um novo espaço o que Moreno criador do Psicodrama e de sua teoria chamou de Matriz de Identidade: "[...] placenta social da criança, o lócus em que mergulha suas raízes" (MORENO, 1993, p. 114). Essa Matriz é existencial, proporcionando ao bebê humano segurança, orientação e guia, sendo considerada o lócus de onde surge, em fases graduais, o "eu" e suas ramificações, isto é, os papéis.

Podemos perceber que, durante o desenvolvimento da Matriz, os indivíduos assumem papéis. Como definição de papel[3], pode se dizer que são formas tangíveis e concretas assumidas pelo eu, uma unidade de conduta que se dá entre duas ou mais pessoas, aquilo observável e resultante de elementos constitutivos da singularidade do indivíduo e de sua inserção na vida social. Os nossos primeiros papéis têm origem na família – no meio em que nascemos, somos criados, nos desenvolvemos e que será a base psicológica para o desempenho de todos os nossos papéis.

A Matriz de identidade, segundo Moreno (1993), pode ser definida como o primeiro núcleo relacional da criança. Não significa somente o vínculo diático mãe-filho, mas a resultante emocional de todas as interações envolvidas nesse núcleo primário. Assim, há de se levar em conta a rede relacional (pai-mãe, avós, tios, etc.) que envolve o novo ser em uma

---

[3] O termo "papel", proposto por Moreno, em inglês "role", vem do latim *rotula*, formas funcionais que o indivíduo assume num momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos (Fox, 2002, p.112).

complexa e sistêmica inserção na qual fatores biológico, psicológicos e sócio-culturais estão entrelaçados.

Antes mesmo de uma criança nascer, o seu lugar no mundo já começa a ser preparado por aqueles que vão participar, ativamente, de seu processo de desenvolvimento e formação. Este planejamento inclui o espaço físico que a abrigará, os objetos que a rodearão, o clima afetivo e as expectativas, que são depositadas num processo nem sempre consciente por aqueles que a esperam. A interação destes fatores é a Matriz de identidade, lócus onde se formará a identidade psicossexual do ser humano.

Após o nascimento de uma criança, tem-se como indispensável que alguém forneça condições adequadas para a sua existência. Essa função é denominada “ego-auxiliar” e deve ser exercida pelas pessoas fundamentais que cercam essa criança. Inicialmente, será desempenhada pelos pais e/ou substitutos, posteriormente, por professores e/ou pessoas da sua convivência grupal: irmãos, colegas, turmas; ela se apresenta como uma “extensão do próprio ego”, num processo de total dependência denominado ego-auxiliar externo.

Concomitantemente a este, vai se constituindo em ego-auxiliar interno, base futura para a resolução da dependência infantil. Essa assistência dos egos-auxiliares internos e externos, conforme Falivene (2001, p. 43), prepara o alicerce para a individuação e construção da identidade.

Para Moreno (1993), durante o processo de formação do “eu” há dois momentos distintos de amadurecimento da identidade infantil, aos quais denominou de “universo da criança”. No “primeiro momento”, a dependência da criança é intensa em relação ao meio que a cerca, necessitando de egos-auxiliares para que sobreviva e desenvolva seu psiquismo de forma adequada, sendo, também, compreendidos em dois períodos: o de identidade total e identidade total diferenciada.

No período de identidade total, a criança não se diferencia do mundo, não se distingue da mãe e nem dos objetos com os quais entra em contato, vive em uma "identidade total" com o mundo que a rodeia e o experiencia com uma multiplicidade indivisível (MORENO, 1993, p. 119).

Para Naffah Neto (1980, p. 23) neste período de formação do eu, o corpo infantil existe como um **corpo-disperso**. Nesta fase, o corpo não é, pois, vivido pela criança como uma identidade, ou seja, como um eixo que permanece e se mantém idêntico a si mesmo através do tempo. Existe tão somente enquanto função fisiológica, ou, como diz Moreno, enquanto "papel psicossomático[4]".

O "eu", descrito inicialmente numa dimensão fundamentalmente corporal, começa a se formar identificado com determinadas zonas corporais e com o momento em que estas entram em ação (mamar, defecar, etc.); o corpo vivido nesta fase é um **corpo-parcial,** sem unidade no tempo e no espaço, passando para o período da identidade total diferenciada, em que começa a diferenciar, parcialmente, o outro. Com a maturação do sistema nervoso e o reconhecimento recebido nas relações que estabelece com outros seres humanos é que irão permitindo que se reconheça.

Assim, objetos, animais e pessoas começam a ser reconhecidos como independentes da criança – que experiencia, então, uma "identidade total diferenciada". Naffah Neto (1980) denomina de reconhecimento a possibilidade de desenvolver e conquistar uma identidade própria e distinta e, de ser ela própria, uma corporeidade singular e não a pura expressão de desejos e expectativas alheias.

O "segundo momento" se caracteriza quando a criança começa a estabelecer a diferença entre o que é realidade e o que é fantasia[5] e a função de realidade lhe é imposta por

---

[4] Os papéis psicossomáticos representam à base biológica, em que certas necessidades fisiológicas colocam certas zonas corporais em ação.

[5] Fase denominada por Moreno de "brecha entre a fantasia e a realidade", que é a diferenciação entre esses fenômenos.

outras pessoas a fim de moldar o seu desenvolvimento. Nesta fase, formam-se dois conjuntos de processos de aquecimento preparatório: um de atos de realidade e o outro de atos de fantasia, que começam a se organizar, simultaneamente, capacitando o indivíduo a passar de um para o outro, momento no qual ele se reconhece como autônomo e independente (MORENO, 1993).

Da divisão do universo em fenômenos reais e fictícios surge gradualmente um mundo social e um mundo da fantasia, separados do mundo psicossomático na Matriz de Identidade. Para Moreno (1993), o treino de espontaneidade, como princípio consciente e construtivo, opera o processo de aquecimento preparatório para o surgimento de dois novos conjuntos de papéis – os papéis sociais, os quais correspondem às funções sociais que são assumidas pelo indivíduo quando este se relaciona com seu ambiente; e os psicodramáticos, em que é possível expressar a dimensão psicológica do ser através da atividade criadora. Ambos formam a base psicológica para todos os processos de desempenho de papéis.

Para ele um papel possui três fases disitintas. O *role-taking* que é a adoção do papel, enquanto que o *role playing* caracteriza-se por jogar com o papel e o *role creating*, por criá-lo, enriquecendo-o e modificando-o. Dessa forma, ao assumir um papel, o indivíduo poderá desenvolvê-lo, passando a atuar de maneira espontânea e criativa.

Naffah Neto (1979) introduziu uma outra categoria que substituiria os papéis psicodramáticos que denominou de papel imaginário, evitando que a concepção de que a imaginação designaria uma essência imutável e fixa ou que aquilo que emerge como uma nova síntese já existiria anteriormente como algo terminado. Para Almeida (1996, p.61) compreende como uma das defesas do ego, denominada de fantasia projetiva, dentro da classificação geral de atividades defensivas envolvendo a relação com o outro.

Costa (2005) corrobora dizendo que na medida em que a criança percebe o que se passa entre as pessoas e a diferenciar a realidade da fantasia, começa a desenvolver o que

chamamos de papel social de gênero. Na função de realidade, a criança tem consciência de que é filho, sobrinho, neto; de que tem pais, avós, família, amiguinhos. A partir do momento em que sabe o que é realidade, conquista os chamados papéis de fantasia, nos quais se remete aos papéis imaginários, do brinquedo, do herói etc., papéis que correspondem à dimensão mais individual da vida psíquica do ser humano.

Porém, a criança que não consegue transitar entre os dois momentos de forma eficaz, pode apresentar uma “inversão de identidade de gênero”. É justamente nessa passagem, entre a fantasia e a realidade, que a mãe desempenha o papel fundamental de ego-auxiliar da criança, complementando suas necessidades, pois é ela que apresenta a realidade à criança promovendo as acomodações entre fantasia (“como se”) e realidade (“como é”). Baseada na forma de relacionamento com a criança é que se confirma a própria sensação de ser masculino ou feminino como identidade e não como corpo físico.

Segundo Falivene (2001), é comum que aquele que desempenha a função de ego-auxiliar ou responsável pela outra pessoa nutra expectativas em relação a ela. Se tais anseios são válidos enquanto intuições e desejos pessoais, não prevalecerão sobre a inclinação ou escolha do outro, mas se apontado em direção a um ser imaginado, previamente desenhado, um produto para a satisfação do outro, então ocorrerá o que se denomina de um “falso ego-auxiliar”. Como conseqüência de um falso ego-auxiliar interno, poderemos ter o desenvolvimento de um falso eu ou falso *self*.

Assim, parte-se do princípio de que uma criança necessita, em um primeiro estágio, de uma valorização incondicional: de ser aceita e amada pelo simples fato de existir. No segundo, acompanhada em seu crescimento, por egos-auxiliares, ela vai desenvolvendo uma auto-observação que lhe permite passar de uma avaliação totalizante para uma discriminante, discernindo os aspectos de si e do outro, sejam eles gratificantes ou frustrantes, e vai se preservando. É nesse estágio, quando a criança passa a revelar a sua singularidade que pais ou

similares (falsos egos-auxiliares) sentem-se ameaçados de não concretizar seus sonhos e projetos para a criança e levam-na a efetivar o lócus vincular da constituição de uma identidade narcísica (FALIVENE, 2001, p. 44).

Uma vez receosos da possibilidade da não-existência do filho imaginado, ou seja, idealizado, os pais comportam-se como a mãe de Narciso e transmitem à criança a condenação de nunca poder ver a si mesma, atuando como falsos egos-auxiliares. Oferecem olhos direcionados apenas para ideais e meta-ideais, o que Falivene (2001) chamou de cegueira narcísica e irá construir um personagem relacional modelado pelo ego ideal como única possibilidade permitida de continuar a sua existência.

O termo narcisismo tem sido utilizado para caracterizar o processo pelo qual um sujeito se auto-designa como um objeto de admiração especial e tem como decorrência grandes dificuldades para estabelecer relações com outro. Afirma Rolim (1997, p. 34) que "[...] as perturbações narcísicas estão entre as mais profundas do psiquismo humano e se caracterizam basicamente por uma perturbação ligada à formação da identidade".

Calvente (2002, p. 68), acredita que o início do narcisismo no "primeiro universo" moreniano se dê até os três anos de idade. Para ele, o narcisismo seria a gênese da subjetividade. Na construção do ser do sujeito, dentro da Matriz de Identidade total, busca-se um modelo que pareça ser o ideal para o indivíduo, completando-o. Este começaria sendo narcisista e buscaria, após a etapa do "segundo universo", outras formas de expressão. Desse modo, o narcisismo se constituiria na origem da criatividade.

Fonseca (2000) classificou os distúrbios de identidade de gênero em transtornos ou distúrbios narcísicos na literatura psiquiátrica. Compreende-se identidade como o processo pelo qual a criança des-funde-se da fase simbiótica com a mãe, ganhando consciência de si (singularidade) e do outro (alteridade) por meio dos vínculos que vai estabelecendo em sua Matriz de Identidade. Já os portadores de distúrbios de identidade, realizam a passagem da

Matriz de Identidade de modo prejudicado e lançam mão, de uma maneira característica, de um número de defesas (amortecedores) que, no todo, são insuficientes para o funcionamento harmônico da personalidade.

Em determinada fase da construção da Matriz de Identidade prepondera o registro de que o bebê é lindo, admirado e amado. Nos dizeres de Kohut (1984), a criança registra o "brilho do olhar da mãe". Essa impregnação desenvolve e imprime na primeira, a sensação de grandiosidade e exibicionismo. Por outro lado, quando esse fato não acontece, a criança sente a "quebra" dessas sensações embriagantes, mergulhando na dor provocada por essa ferida narcísica. O equilíbrio-desequilíbrio dessa dualidade (relação-separação, amor-rejeição, prazer-dor) significa ser o fiel da balança, que divide: de um lado o saudável – a auto-estima e a tolerância à frustração e de outro o patológico – os distúrbios de identidade.

Dessa maneira começam a surgir rudimentos de um "eu ideal" (que seria sempre admirado, amado) em contraposição ao "eu" que não recebe esses influxos positivos. Pode-se dizer que se inicia a díade ser-parecer: "*se eu não sou o que gostaria, tento parecer*". A auto-imagem se firma, ou se turva, de acordo com os influxos recebidos do outro, que passa a ser discriminado ou confundido como um "tu ideal" (o que elogia), um "tu" frustrado (o que critíca). Para Fonseca (2000), a auto-imagem mal delineada oscila entre a grandiosidade e a desvalorização catastrófica.

Os portadores de distúrbio de identidade alternam entre o "eu ideal" e o "eu", ou são os melhores ou os piores, buscam confirmação de sua existência e o valor de si mesmos por meio dos olhos do outro. Criam uma dependência em relação à pessoa que lhes é significativa e os complementa narcisicamente. Feridos na Matriz de Identidade tentam diminuir sua dor por intermédio de dinâmicas relacionais compensatórias, mas não raros sucumbem ao vaivém desordenado da culpa, depressão, vergonha e fúria (KOHUT, 1984).

Para esse autor, distinguem-se três tipos de culpa: a esquizóide, em que o indivíduo acredita que o mal está dentro dele e, que é intrinsecamente mau, fazendo com que evite situações relacionais no sentido de poupar-se desses penosos sentimentos, adotando uma atitude de isolamento. A culpa reparatória, que significa o reconhecimento do ódio em relação a um "tu frustrante" e à consciência moral (ética) que o feriu, levando a elaborar desculpas. E, a culpa narcísica ou euísta, que representa o ódio voltado contra si mesmo pelo fato de não ter atingido a performance ideal. O nível de intensidade da culpa que dará sua conotação saudável ou patológica.

Para Fonseca (2000), a depressão e a culpa narcísica apresentam uma estrutura relacional dual, ou seja, o confronto do eu ideal com o eu. Já a vergonha, também tem conotação narcísica, contém uma estrutura triádica na medida em que inclui a exposição ao olhar do outro como precipitante do cotejo real-ideal: eu ideal, eu e o outro. A vergonha é a decepção de si mesmo perante o outro. A fraqueza que era interna (psicológica), e, portanto privada, expõe-se (social), passa para o domínio público.

Outro sentimento também que reflete na apreensão do eu corporal, é a insegurança. O "eu corporal interno" refere-se à consciência fisiológica dos órgãos internos (auto-imagem fisiológica). E, o "eu corporal externo" rege a consciência corporal externa (auto-imagem estética), ou seja, a forma como o indivíduo se percebe exteriormente.

Desse modo, o desenvolvimento da identidade de gênero refere-se ao período em que a criança tem a percepção do próprio corpo, tomando consciência dos órgãos genitais. Percebe a diferença entre os sexos. Segundo Fonseca (2000), realiza a identidade sexual: sou um menino, sou do sexo masculino ou sou uma menina, sou do sexo feminino. A partir daí se forma a identidade de gênero, compreendida aqui como uma construção social (sou homem ou mulher?). Concomitantemente a essa fase do reconhecimento de "eu sexual", acontece a fase de reconhecimento do "tu sexual" – "como eu sou, tem relação também com a forma

como os outros são". Os distúrbios de identidade de gênero são distorções do "eu sexual" caracterizadas por dúvidas e angústias em relação à indefinição da identidade sexual.

Corroborando Contro (2004), o enfoque do narcisismo pela Matriz de Identidade, leva-nos a uma nova reflexão e a novos caminhos, mostra-nos que tanto a Matriz de Identidade, voltada para o entendimento do narcisismo, quanto o ideal de ego são conceitos que denotam a peculiaridade do surgimento de um personagem[6] que o indivíduo precisa ser.

Assim, as formas de condução das multiplicidades sexuais na luta contra modelos vigentes e de olhares para imagens idealizadas, em um mundo que impõe mudanças a todo o momento e desconsidera a singularidade do indivíduo, nos fazem pensar em como o conceito de espontaneidade criadora proposta por Merengué (1999) poderia ajudar-nos a compreender essas realidades como a das mulheres transgenitalizadas. A espontaneidade criadora só faz sentido se olharmos para a história, necessidades e desejos desses indivíduos que, em seu crescimento, foram assistidos por "falsos egos-auxiliares" e que, atualmente, ganham visibilidade ao protagonizar sua própria história.

1.5.3 **Perspectivas sócio-histórico-culturais**

O processo de construção da Identidade de Gênero possui diversas encruzilhadas e, embora a maioria das pessoas se fixem em duas vias principais, a masculina e a feminina, há indivíduos que tomam caminhos diferentes, dando origem as chamadas "minorias"[7] sexuais, entre eles, os transgêneros[8].

---

[6] Personagem (protagonista) conceito empregado como uma metáfora, passível de representar vários sentidos, entre eles o de papel, identificação e identidade.
[7] Grupo marcado por um status social (NUNAN, 2003, p.85).
[8] Transgênero é uma tradução do inglês da palavra "transgender", que contempla todas as pessoas, que, de alguma forma, rompem com as categorias clássicas de masculino e feminino, construindo novas formas estéticas de se relacionarem com o mundo. Neste sentido, travestis, transexuais, drag-queens, transformistas, etc. estão contemplados por essa nomenclatura (PERES, 2005).

As diferenças entre homens e mulheres têm sido motivos de discussão e estudo nas mais diversas áreas, como da medicina, da sociologia, da antropologia e da psicologia, com o propósito de demonstrá-las e comprová-las cientificamente.

Para o entendimento sobre as diversas formas de expressão da sexualidade e dos gêneros na contemporaneidade é necessário compreender os aspectos que compõem a sexualidade. Do ponto de vista biológico, esta composição apresenta-se como as diferenças anatômicas entre os sexos, sustentando que a "natureza" é o pilar sobre o qual se constrói a distinção sexual. Na nossa cultura, a definição de gênero pode estar em oposição à configuração biológica do homem e da mulher.

Portanto, ser homem ou mulher não é um processo apenas biológico. O ser humano é, por definição, um animal cultural. Todo o seu pensar e agir estão impregnados de cultura. Desse modo, as diferenças estruturais que a sexualização biológica determina e que se evidenciam no corpo do recém-nascido vão ser trabalhadas pelo processo de socialização, que é o aprendizado cultural que o indivíduo faz dentro do grupo social a que pertence, dando início ao chamado "sexo de criação" (CAVALCANTI, 1995).

Quando do nascimento de um indivíduo, lança-se um olhar generificado sobre o seu órgão sexual, visibilizando ou invisibilizando o sexo. A marca biológica dos seus genitais irá indicar se é menino ou menina, uma postura social extremamente dicotômica. Esse sexo é o denominado de atribuição, pois, a partir desse momento é que serão desenvolvidos os fatores socioculturais por ele herdados, embora as atitudes e comportamentos masculinos e femininos sejam construções aprendidas socialmente (CAVALCANTI, 1995, p. 84).

Para Cavalvanti (1995), ao ser atribuído a um determinado gênero, o indivíduo adquire um *status* que pode ser definido como o lugar que ocupa na sociedade. Por possuir certo *status* terá deveres e obrigações. É esperado que ele tenha um comportamento compatível com o *status* que possui, gerando uma expectativa social de comportamento denominada

"papel social de gênero". Quando a sociedade diz que um indivíduo tem o *status* masculino ou feminino, acredita-se que ele se reconheça e se comporte de forma adequada para ser aceito como homem ou mulher.

Para menino ou menina, as normas dos papéis de gênero vão sendo determinadas pela sociedade desde cedo, instalando-se um processo que deve seguir uma determinada direção, compreendida como a definição ou a decisão sobre o corpo. Dessa forma, inaugura-se o processo de masculinização ou de feminilização com o qual o sujeito se compromete. Esse processo é baseado em características físicas que são vistas como diferenças e, às quais, se atribui significados culturais (BUTLER, 1993).

As meninas devem ser delicadas, afetivas, submissas e dependentes: devem brincar de casinha e reproduzir papéis historicamente destinados à mulher, como cuidar de crianças/bonecas, arrumar a casa, cozinhar, lavar e passar, dentre outras tarefas tidas como femininas. Os meninos, por sua vez, devem receber uma educação forte, sexuada, autoritária e independente. A eles cabem os papéis masculinos exercitados por meio de brinquedos, como carrinhos, bolas, pistolas, entre outros, que lhes permitam dominar situações. Enfim, comportamentos que são esperados para cada sexo determinado (FAGUNDES, 1998).

O modo como os sujeitos assimilam os significados dado aos corpos e às sexualidades, são muito influenciados pela visão essencialista, que naturaliza e iguala certos padrões de comportamentos (LOURO, 2004).

Estudos históricos e antropológicos[9] permitem afirmar que, qualquer classificação é arbitrária e dependente dos parâmetros culturais da sociedade, assim como mostram que práticas consideradas adequadas em uma determinada época passaram a ser condenadas em outra. Portanto, não só o lugar mas também o tempo servem como parâmetros para avaliar a fragilidade do pensamento que "naturaliza" alguns comportamentos, tomando-os como

[9] FOUCAULT, 1993; GOFFMAN, 1980; LAQUEUR, 2001; entre outros.

significantes “em si”, ao invés de inseri-los na “rede de significados” composta por seu tempo, seu lugar e sua cultura (ZAMBRANO, 2003, p. 10).

Duas abordagens têm sido utilizadas para o estudo da sexualidade: o essencialismo e o construtivismo social. A visão essencialista considera que a sexualidade humana tem características fixas, estáveis e universais, baseadas principalmente nas determinações biológicas. A visão do construtivismo social, no entanto, tenta explicar a sexualidade como uma construção social, e postula que a identidade sexual pode ser adquirida por escolha ou opção, questionando pressupostos ideológicos e certezas pré-estabelecidas, naturalizadas pelo essencialismo. A lógica construtivista permite que se faça a distinção entre práticas, identidades e comunidades sexuais, conceitos muitas vezes sobrepostos em visões essencialistas. Supõe por exemplo, que pessoas com práticas homossexuais tenham necessariamente uma identidade homossexual ou que as várias identidades do universo *trans* formem tipos de comunidades específicas (ZAMBRANO, 2003).

Na visão construtivista, essas categorias não estão sobrepostas e são passíveis de se relacionarem entre si, como se evidencia na citação a seguir de Terto Jr., (1999, p. 30):

> [...] a tradição essencialista pensa a sexualidade como determinada por fatores biológicos e fisiológicos invariantes. Segundo os saberes biomédicos e da sexologia, portanto, a sexualidade seria uma entidade estável, contínua, coesa e universal. Contrariando esta visão essencialista, o construtivismo vem a permitir mais flexibilidade e variabilidade seguindo o tempo e o espaço, sendo muito mais receptivo para mudanças, rupturas e descontinuidades na construção da sexualidade.

Butler (2003), que analisa a sexualidade dentro da perspectiva pós-estruturalista, aborda o dualismo natureza/cultura e sexo/gênero tomando como tema principal a investigação nos corpos e nos processos de materialização do sexo a partir de críticas à matriz heterossexual, à heterorossexualidade compulsória e também ao construcionismo social, questionando a idéia de socialização como a interiorização de normas sociais.

Para Fagundes (1998), o auto-reconhecimento de um indivíduo ou a formação de sua identidade de gênero se dá com a estruturação da personalidade, que é construída, gradualmente, com base na interação afetiva e emocional da criança com seus pais até desenvolver o senso de identidade pessoal e de gênero como um todo. É uma construção aprendida pela interação entre o sujeito, o meio social e o psicológico.

Assim, o indivíduo não apenas "sabe que é" de um determinado gênero, mas "se sente como" pertencente àquele gênero, caracterizando o que se chama de "identidade de gênero", que consiste na autoconsciência que o indivíduo tem de pertencer a um ou a outro sexo, bem como na capacidade de se relacionar socialmente (FAGUNDES, 1998).

O termo "gênero" foi introduzido por Money (1968) para identificar um aspecto da sexualidade de um indivíduo, referindo-se à percepção subjetiva de pertencer a um ou a outro sexo biológico. Para o autor, a "identidade de gênero" é o senso de si mesmo como homem ou mulher; é a experiência interna do seu papel sexual, que consiste no quanto a pessoa pensa, sente, diz ou faz para indicar aos demais, ou a si mesmo, o grau em que é homem ou mulher. Posteriormente, o autor apresenta um novo conceito de identidade sexual: "papel de gênero" (*gender role*), referindo-se a expressão pública da identidade, como sendo o conjunto de condutas esperadas e socialmente exigidas do indivíduo, de acordo com o seu gênero.

Já para Stoller (1982), a "identidade de gênero" é estabelecida precocemente, é imutável e se mantém ao longo da vida do indivíduo, sem sofrer influências do meio social, enquanto que nos dizeres de Beauvoir (2004, p. 9) "[...] Nascemos machos ou fêmeas. Só depois nos tornamos homens ou mulheres". Com essa afirmação, a autora sugere que é a sociedade e não a natureza quem define as características sociais do que é masculino ou feminino.

Embora os termos "sexo" e "gênero", com freqüência, sejam usados como sinônimos, é muito difícil estabelecer uma única diferenciação entre sexo e gênero, dada à complexidade

e heterogeneidade dos indicadores biológicos e histórico-culturais existentes, que os caracterizam. Sexo, tradicionalmente, apresenta-se vinculado às características biológicas que diferenciam o gênero humano em duas categorias distintas: macho e fêmea; enquanto o conceito de gênero ultrapassa os limites do sexo, implica na construção social do *ser* homem e *ser* mulher.

Para Scott (1991, p. 4), a definição de gênero é, obviamente, mais complexa do que o simples reconhecimento biológico ou a determinação legal do sexo no Registro Civil e, também aponta claramente para o fato de que isoladamente o ambiente não é capaz de causar mudanças na identidade dos indivíduos, ou tão pouco influenciar os comportamentos e as transformações idealizadas.

> [...] o gênero é igualmente utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. O seu uso rejeita explicitamente as justificativas biológicas como aquelas que encontram um denominador comum para as várias formas de subordinação, no fato de que as mulheres têm filhos e que os homens têm a força muscular superior (...) o gênero é uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado.

A identidade de gênero é uma experiência pessoal e subjetiva, que não está diretamente relacionada à condição do indivíduo ser de fato homem ou mulher. Está muito mais vinculado à idéia de quem ele acredita e sinta ser. É um dos principais aspectos da subjetividade humana, definidor das representações, sentimento e percepções que cada sujeito tem sobre si mesmo, conforme a definição de Louro (1996, p. 103):

> [...] uma definição mais ampla de gênero exige que pensemos não somente que os sujeitos se fazem homem e mulher num processo contínuo, dinâmico (portanto não dado e acabado no momento do nascimento, mas construído através de práticas sociais masculinizantes e feminilizantes, em consonância com as diversas concepções de cada sociedade), como também nos leva a pensar que gênero é mais que uma identidade aprendida, é uma categoria

> imersa nas instituições sociais, ou seja, expressam as relações sociais de gênero.

Entende-se gênero, fundamentalmente, como uma construção social e, portanto, histórica. Há de se considerar esse conceito no plural, isto é, haveria definições de feminino e de masculino, social e historicamente diversas. A idéia de pluralidade implicaria em admitir que não apenas sociedades diferentes teriam diferentes concepções de homem e mulher, como também, que no interior de uma sociedade essas concepções seriam diversificadas, conforme a classe, a religião, a raça, a idade, etc. Dessa forma, pode-se admitir que os conceitos de masculino e feminino se transformam ao longo do tempo (LOURO, 1996).

Dada à natureza social do conceito de gênero e de identidade, ambos estão afinados aos estereótipos culturais dos sexos (definições da sociedade acerca do que significa ser homem ou mulher), fundamentados nas diferenças genitais femininas e masculinas que os transcendem (MONEY; TUCKER, 1981, p. 11).

Para alguns, esses estereótipos são invioláveis e para outros ultrapassados. O fato é que, embora eles venham sofrendo modificações há tempos, de modo algum eles perderam por completo as suas forças. A sua força e influência ainda interferem nas vidas das pessoas, sobretudo, nas menos estereotipadas, que sofrem críticas e discriminações por não corresponderem, perfeitamente, nos padrões tradicionalmente determinados (MONEY; TUCKER,1981).

Contudo, para os autores, o grande desafio é conseguir estereótipos que sejam fortes o bastante para conquistar a cooperação da sociedade e maleáveis o bastante para permitir o amadurecimento de cada indivíduo. É relevante lembrar que padrões rígidos os distanciam da evolução dos tempos; conservá-los flexíveis é tarefa essencial para manter a saúde tanto da sociedade quanto de seus membros. Para que isso ocorra, precisam ser re-criados, em cada

situação, para permitirem o desenvolvimento individual de cada um e não nos prenderem às diferenças tão somente genitais e reprodutoras do sexo.

No mundo atual, em que as reformulações dos papéis de gênero tornaram-se um fato, assim como a sociedade e seus valores, a cultura, o ser humano e suas necessidades, é importante enfatizar que, no caráter social das diferenças entre homens e mulheres, a construção dos gêneros envolve os corpos dos sujeitos. O caminho seria evitar a polarização natural/social, possivelmente, compreendendo que o gênero, também, tem uma dimensão e uma expressão biológica.

Para muitos, a polaridade parece ser essencial à construção de gênero. Masculino e feminino se constroem na oposição e, como oposição um ao outro, constituem pólos opostos determinando uma natureza binária dos corpos. No entanto, a polarização talvez, não seja somente uma constatação, porém um esquema lógico que, ao prender o indivíduo em seu interior, dificulta-lhe perceber e constituir o mundo de outras formas (LOURO, 1996, p. 12).

1.5.3.1 **A (des) construção das polaridades**

O desafio de romper a idéia da “natureza binária” inscrita nos corpos vem sendo proposto por estudiosos como Joan Scott (1990), que para refletir sobre a questão de gênero lança mão de algumas teorizações pós-estruturalistas, dentre elas, a de desconstrução. Essa proposta é a de “desmontar a lógica” das oposições binárias e, valendo-se disso, romper com os tradicionais pensamentos a respeito dessas identidades.

O processo implicaria deslocar os conceitos para demonstrar que cada um está presente no outro, bem como evidenciar que as oposições são historicamente construídas e impostas como norma para todos os corpos. É, portanto, sobre a construção dessa oposição que se opera todo o pensamento das diferenças, nas diversas culturas, das variadas

expectativas sociais e que se atribui diferentes valores a homens e mulheres (LOURO, 2001; 2004).

A oposição binária, segundo Scott (1990), ao mesmo tempo em que contrapõe, de um lado, a luta pela igualdade e, de outro, a valorização da diferença, afirma que tal dicotomia cria uma escolha impossível. Argumenta que a noção de igualdade é uma noção política, que pressupõe a diferença, uma vez que não teria sentido buscar ou reivindicar igualdade para sujeitos que são idênticos, ou que são os mesmos. É preciso perceber que o oposto da igualdade é a desigualdade ou a inequivalência, e não a diferença. Por conseguinte, a pretensão não é anular ou "borrar" as diferenças entre os sujeitos, mas sim afirmar que elas têm sido usadas como justificativas para tratamentos desiguais, não equivalentes.

> [...] a desconstrução desta polaridade masculino/feminino parece ser também útil para desmontar toda uma lógica binária que rege outros pares de conceitos a ela emparelhados ou articulados, tais como: público/privado, produção/reprodução, cultura/natureza, etc. (SCOTT, 1990, p. 13).

Para Louro (1996, p. 17) a oposição binária contém proposições perturbadoras. No entanto, sua desconstrução, nos levará a pensar as categorias de sexo e social sob a ótica da pluralidade e diversidade. A autora nos diz: "[...] se as sociedades são e serão sempre constituídas por sujeitos diferentes que buscam ser politicamente iguais, suas múltiplas diferenças talvez possam ser motivos de trocas, negociações, solidariedades e disputas".

Entretanto, as discussões sobre as questões de gênero e a problematização de novas identidades sexuais fazem surgir uma nova dinâmica dos movimentos sexuais e de gênero. Essas discussões tiveram origem no movimento feminista, de gays e lésbicas, a partir dos anos 60/70 e tiveram uma grande influência na crítica literária, nos estudos culturais feministas e anti-heterossexuais, compondo o que viria a ser chamado "*queer theory*" (teoria *queer*). Tais estudos, compreendidos dentro da perspectiva teórica pós-identitária (imaginam o social como um texto a ser interpretado e criticado com o propósito de contestar os

conhecimentos e as hierarquias sociais dominantes), tem contribuído para as problematizações que vêm sendo construídas ao longo do século XX e XXI, fornecendo importantes subsídios para a compreensão e visibilidade dessas questões na contemporaneidade (LOURO, 2004).

Segundo estudos da teoria *queer*, faz-se necessário empreender uma mudança epistemológica que rompa com a lógica binária e com seus efeitos, como a hierarquia, a classificação, a dominação e a exclusão. Realizar uma abordagem desconstrutiva que permita pensar a ambigüidade, a multiplicidade e a fluidez das identidades sexuais e de gênero. Além disso, a teoria sugere novas formas de pensar a cultura, o conhecimento, o poder, a educação, criando políticas de combate a homofobia, ao preconceito e a intolerância (LOURO, 2004).

A teoria *queer* representa claramente a diferença que não quer ser assimilada ou tolerada e, portanto, sua forma de ação é muito transgressiva e perturbadora, geralmente para desarranjar e subverter noções e expectativas. Ao mesmo tempo em que reafirma o caráter discursivo da sexualidade, ela produz novas concepções a respeito de sexo, sexualidade e gênero (BUTLER, 1993).

Desse modo, as condições que possibilitam a emergência de movimentos GLBT (Gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros) ultrapassam as questões pontuais da política, da teorização e necessitam ser compreendidas dentro de um quadro mais amplo, o das diversidades sexuais.

1.5.3.2 **Preconceito, estereótipo e discriminação**

Ao olharmos para a realidade das minorias, em suas múltiplas formas de expressões, o que se nota é a presença de subconjuntos de exclusão que, ao longo do tempo, vêm sendo construídos e têm contribuído para a destruição da auto-estima, a promoção de desigualdades sociais entre os pares e a pouca visibilidade dessa realidade.

Dentre as experiências comuns vividas pelos transexuais, o “preconceito” pode ser definido como uma atitude hostil ou negativa para com determinado grupo, baseada em generalizações deformadas ou incompletas. Essas generalizações ou representações mentais, utilizadas pela maioria das pessoas para se referir as atitudes negativas é denominada de “estereótipo” e significa atribuir características pessoais ou motivos idênticos a qualquer pessoa de um grupo, independentemente, das variações individuais. Os estereótipos são, ao mesmo tempo, a causa e a conseqüência do preconceito e, ambos, preconceito e estereótipo geram “discriminação” contra o grupo-alvo (NUNAN, 2003, p. 59).

Pode-se dizer que o preconceito é uma atitude que engloba três componentes: o afeto (sentimentos ou emoções em relação a um grupo de indivíduos), a cognição (os estereótipos) e o comportamento (a discriminação).

Etimologicamente, o termo estereótipo deriva de duas palavras gregas: *stereos* que significa “rígido” e *Typus* “traço”. O estereótipo, em si, pode ser entendido como um comportamento funcional e adaptativo, pois, com freqüência, é uma forma de simplificar e facilitar a visão do mundo, julgando pessoas ou situações em termos de categorias. Assim, essa forma pode ser correta, incorreta, positiva, neutra ou negativa.

Segundo Nunan (2003), o estereótipo apresenta conseqüências negativas que, estão nas generalizações incorretas que rotulam as pessoas e não permitem que elas sejam vistas e tratadas como indivíduos singulares, com características próprias, negando-lhes direitos morais e legais. Neste sentido, o estereótipo também pode ser visto como uma forma de controle social, tanto por indivíduos preconceituosos como por aqueles que não o são.

No estereótipo do papel de gênero ou orientação sexual, em que os casos de atribuições negativas são suficientemente fortes, os membros do grupo alvo tendem a aceitá-lo e a se comportarem de acordo com as expectativas. Esse tipo de efeito negativo acaba reforçando e justificando a discriminação do grupo, criando um círculo vicioso de hostilidade.

Desse modo, um estereótipo negativo, imputado a um adversário, justifica a discriminação desse e o une aos membros de dentro-do-grupo (*in-group*) contra os indivíduos de fora-do-grupo (*out-group*). O comportamento discriminatório, por sua vez, intensifica os estereótipos e o preconceito (NUNAN, 2003, p. 64).

Competição e conflitos são poderosas fontes de preconceitos, pois quando objetivos antagônicos estão em jogo, determinados grupos tentam depreciar seu grupo adversário estimulando estereótipos e preconceitos. Percebe-se esse preconceito entre os transexuais e os travestis, por esses últimos se comportarem de modo estereotipado e exibirem-se de maneira extravagante. Uma explicação para esse conflito deriva da necessidade de encobrimento, característica de transexuais que lutam para esconder seu estigma (NUNAN, 2003).

Para Nunan (2003) apesar de o preconceito ser um fenômeno complexo e apresentar uma série de fatores causais (tanto grupais quanto individuais) interligadas, sabe-se que ele pode ser reduzido através do contato, desde que esta interação ocorra sob determinadas condições. Desta forma, o preconceito entre dois grupos também pode ser reduzido quando ambos estão em igualdade de status e buscando objetivos comuns que só podem ser alcançados através de cooperação, no caso, quando se unem em prol de um movimento, em passeatas, como a Parada do orgulho GLBT – mais conhecida como Parada Gay, que reúne milhões de pessoas a fim de defender direitos humanos de gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros.

No que se refere à “discriminação”, esta pode ir desde um tratamento diferenciado, passando por expressões verbais hostis e de desprezo, chegando ou não a atos manifestos de agressividade – expressão mais dolorosa que um transgênero pode sofrer, é como se ele estivesse errado na sua forma de manifestar seu modo de ser, sofrendo represálias por parte das pessoas que não toleram as diversidades sexuais (NUNAN, 2003).

1.5.3.3 **Processo de estigmatização**

Um indivíduo que possui atributos ou características que exprimem uma identidade social que, em contextos particulares, é depreciada, é um indivíduo estigmatizado no seu papel social. E, tornando-se defeituoso aos olhos dos outros e inabilitado para a sua aceitação social integral, questiona sua plena humanidade.

De acordo Goffman (1980), estigma refere-se a um atributo profundamente depreciativo – é considerado basicamente como uma ameaça situacional, faz com que o estigmatizado interiorize o defeito que os outros vêem nele e se sinta menos do que realmente é.

Não obstante o fato de que uma determinada característica (física ou mental) possa marcar uma pessoa com identidade social depreciada, essa identidade é socialmente construída e não natural. Isto significa que os atributos que são estigmatizados em uma determinada sociedade podem não o ser em outra, e o que é depreciado não é o estigma em si, mas sim o que ele simboliza (NUNAM, 2003).

As diferentes condições estigmatizantes podem variar em algumas dimensões, tais quais: ocultamento (a possibilidade do estigma ser ocultado dos outros), curso (a forma como o estigma muda com o tempo), perturbação (a forma como o estigma atrapalha interações sociais), qualidades estéticas (o grau em que o estigma torna o indivíduo fisicamente pouco atraente ou repulsivo), origem (a forma como o estigma foi adquirido e quem é responsável) e perigo (o tipo e grau de risco que o estigma representa para outros). Cada uma dessas dimensões tem implicações distintas de como o estigma afeta as interações sociais, variando com o tipo de estigma (NUNAN, 2003).

Se atentarmos para a realidade existencial dos transexuais, conforme as exposições encontradas na literatura específica, assim como nos relatos nas pesquisas, é possível

localizarmos as expressões dos tipos de estigma descritas por Goffman. As mais relacionadas parecem ser a de estética corporal, de ocultamento e a de perturbação.

As transformações corporais sofridas pelos transexuais em conseqüência da ingestão de hormônios, aplicação de silicone, cirurgias reparadoras, o uso de roupas e adereços femininos nos remete à percepção de uma alteração de normas estabelecidas, denotando a presença estética feminina em um corpo biologicamente masculino, problematizando as questões de gênero, da sexualidade e de suas práticas (PERES, 2005).

Outra característica descrita por Goffman (1980) refere-se à dimensão de ocultamento, classificando os indivíduos estigtimatizados como desacreditados ou desacreditáveis. O indivíduo desacreditado é aquele cujo estigma é evidente ou já é conhecido pelas pessoas à sua volta. O desacreditável é aquele em quem o estigma não está imediatamente aparente e não se tem dele, um conhecimento prévio.

No caso do desacreditado, o problema que se coloca é a manipulação da tensão gerada durante os contatos sociais; no caso do desacreditável, é a manipulação da informação sobre o seu estigma. “[...] Exibí-lo ou ocultá-lo; contá-lo ou não contá-lo; revelá-lo ou escondê-lo; mentir ou não mentir e, em cada caso, para quem, como, quando e onde”. Esse estigma é caracterizado por um “aprofundamento de pressão”, ou seja, pressão para elaborar mentiras, de modo a viver numa grande farsa a fim de evitar uma revelação (GOFFMAN, 1980 p. 51).

Nesse tipo de situação, o transexual exercendo um controle estratégico sobre sua imagem, tentaria passar despercebido para evitar perturbações em suas relações sociais e íntimas, prevenindo-se de todas as formas possíveis para que o estigma não seja revelado inadvertidamente. Goffman (1980) chamou de encobrimento o fato de o indivíduo estigmatizado esconder e manipular informações sobre sua verdadeira identidade, recebendo e aceitando um tratamento baseado em falsas suposições a seu respeito.

Da mesma forma, o transexual pode sofrer uma perturbação, pela pressão crescente na tentativa de evitar uma revelação de seu estigma ou sentir-se inseguro quanto à maneira como será identificado e recebido pelos demais em sua integração social. Além disso, o medo de que os outros possam desrespeitá-lo por uma característica sua, significa que ele precisa manter-se em um constante "estado de alerta" (NUNAN, 2003).

Em tais situações, o estigmatizado pode ter a sensação de não saber aquilo que os outros estão, realmente, pensando dele, ou sentir-se em exibição, com medo de dizer ou fazer alguma coisa que revele sua "verdadeira" identidade e pode isolar-se, progressivamente, de qualquer contato social.

Para Nunan (2003), a inibição de sentimentos e pensamentos que caracteriza a vida cotidiana dessas pessoas faz com que elas tenham que monitorar situações para determinar se podem ou não revelar a sua verdadeira identidade. Assim, precisam analisar cada palavra, gesto ou comportamento que denuncie seu estigma por meio de uma relação custo-benefício, decidindo, a cada instante, se vale a pena revelar a sua condição, a quem e quando.

Esses indivíduos pagam um alto preço psicológico por suas atitudes, apresentando, com freqüência, um elevado nível de ansiedade. Para evitar esse tipo de desgaste psíquico, muitos optam, voluntariamente, por revelar-se, deixando de ser um indivíduo desacreditável (que precisa manipular informações) para transformar-se em desacreditado (que precisa manipular situações difíceis). Esse processo, é denominado "*coming out of the clouset*" (sair do armário)[10], tornar-se visível ou assumir (NUNAN, 2003).

Outro tipo de preconceito é o sexual, que pode ser definido como atitudes negativas direcionadas a um determinado indivíduo (ou grupo) por questões relativas à orientação sexual (atração afetivo-sexual direcionada às pessoas do mesmo sexo). O preconceito contra homossexuais é frequentemente chamado de homofobia, sucintamente definido como uma

[10] "Sair do armário" é uma expressão utilizada no meio GLS, que significa se mostrar, abrir sua orientação sexual para o conhecimento público, parcial ou totalmente.

versão ou medo irracional de homossexuais, conceito este bastante criticado, pois a palavra sugere que o preconceito contra homossexuais pode ser entendido como forma de psicopatologia (fobia) individual, ignorando os aspectos sociais do fenômeno (NUNAN, 2003).

Desse modo, situações sociais podem se transformar em uma luta e desafio permanente para aqueles que acham que precisam esconder sua sexualidade. Ao assumirem a sua sexualidade, no entanto, eles estariam contribuindo para o resgate de seus direitos e de sua cidadania, ao mesmo tempo, ajudando seus pares a “saírem do armário”.

1.6 A VISIBILIDADE DA TRANSEXUALIDADE

A transexualidade é considerada um transtorno de identidade de gênero. Compreendida neste estudo como um fenômeno atual, ela teve um aumento em sua visibilidade a partir do momento em que passou a ser reconhecida e assistida no contexto médico-hospitalar.

1.6.1 **Diretrizes diagnósticas**

Os critérios diagnósticos para esse transtorno não são uniformes e têm sido modificados ao longo dos tempos. Pelo fato de os aspectos subjetivos serem relevantes no estabelecimento do diagnóstico e dado o caráter irreversível da cirurgia de transgenitalização, o processo diagnóstico deve ser cuidadoso, criterioso e preciso.

A transexualidade caracteriza-se por um forte desejo de correção cirúrgica que, quando não realizado, pode ser fonte de atitudes psicopatológicas reacionais, tais como sintomas depressivos, tendência à automutilação e ao suicídio (CFM, 1997; SAADEH, 2004).

Por ser a transexualidade um transtorno de características singulares, de propedêutica e terapêutica médicas, em muitos países, os transexuais vêm sendo assistidos de acordo com os Padrões de Cuidados do "Standards of Care For Gender Identity Disorders – Sixth Version" - the Harry Benjamin Internacional Gender Dysphoria Association – HBIGDA. Organização de profissionais responsável pela padronização do tratamento de pessoas com transtorno de identidade de gênero.

O diagnóstico do transtorno de identidade de gênero tem sido realizado com base em uma exaustiva avaliação, na qual se considera um consenso sobre o uso das normas da HBIGDA e do DSM IV-TR™ sobre as recomendações terapêuticas, no que tange ao tratamento psiquiátrico, psicológico, clínico e cirúrgico deste transtorno (MEYER et al., 2001; SELVAGGI et al., 2005).

Os padrões de atendimento, baseados nos critérios do DSM IV-TR™ (APA, 2002, p. 552), compreendem algumas dimensões fundamentais para se realizar o diagnóstico:

> [...] uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (Critério A) e um desconforto persistente com o sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo (Critério B). O diagnóstico não é feito na presença de uma condição intersexual física concomitante (p.ex., síndrome de insensibilidade aos andrógenos ou hiperplasia adrenal congênita) (Critério C), e sim, se houver evidências de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério D).

Dos critérios citados, destaca-se a importância da existência de atração sexual por homens, mulheres, ambos os sexos e/ou ausência de atração sexual para a indicação da presença de Transtorno de Identidade de Gênero em crianças, adolescentes ou adultos.

Por sua vez, a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 2000, p. 358), o define sob o código F 64.0 como:

> [...] um desejo de viver e de ser aceito como pessoa do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade de seu próprio sexo anatômico e um desejo de se submeter a um tratamento hormonal e cirúrgico para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo desejado.

Segundo exigência da CID-10, para que esse diagnóstico seja realizado, a identidade transexual deve estar presente, persistentemente, por pelo menos dois anos e não deve ser confundida com patologias associadas tais como: esquizofrenia, condições intersexuais genéticas; devendo, ainda, serem excluída patologias, como o ganho secundário, transtorno de personalidade anti-social e transtornos psicóticos (SOUZA, 2004, p. 7).

Para o transexual submeter-se à cirurgia, segundo o que dispõe a Resolução 1.652/2002 do CFM, ele deverá ser assistido em nível hospitalar por equipe multidisciplinar, constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, aos quais compete o diagnóstico e a indicação terapêutica. Para a seleção dos pacientes, são estabelecidos critérios como: dois anos de acompanhamento conjunto, diagnóstico clínico da transexualidade, maioridade de 21 anos, ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia e condições necessárias para a equipe realizar tratamento hormonal e/ou cirúrgico adequados. Por fim, deve ser praticado o consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução CNS nº 196/96 (CFM, 2002).

Foi neste panorama que o Hospital de Base da faculdade de Medicina de São José do Rio Preto formou a sua Equipe Multidisciplinar de Adequação Sexual devido à demanda de pacientes que procuravam à instituição solicitando à cirurgia de transgenitalização, baseados nos critérios estabelecidos pelo CFM, que autorizava, na época, a cirurgia em caráter experimental em hospitais públicos ou privados.

Assim, o Serviço de Psicologia da FAMERP foi convidado a participar dessa equipe e integrar-se ao protocolo de atendimento desses pacientes. Sem muita clareza dos impasses com os quais iríamos nos deparar, buscamos o modelo de atuação do psicólogo da saúde que, além de contribuir para a promoção e manutenção da saúde, concentraria na seleção e no acompanhamento dos candidatos à cirurgia de transgenitalização.

Busquei, através de interlocutores e literatura especializada, teorias para a compreensão do fenômeno, respaldando-me em modelos de atuação e postura ética profissional. O que me confortava era pensar que estaria diante de uma comissão de estudos em que todos os profissionais engajados, também estivessem diante do novo.

Procurei, então, prosseguir com o trabalho que já vinha desenvolvendo como psicóloga daquele hospital, respaldada por uma formação que me proporcionou um olhar mais atento, uma escuta mais aguçada, um acolhimento de todo o ser humano e a aceitação do fato de estarmos diante de uma questão nova e desafiadora, para a qual não podíamos fechar os olhos. Tínhamos sim que repensarmos a nossa atuação.

Desse modo, foi elaborado um protocolo para avaliar os pacientes candidatos à cirurgia de Transgenitalização, baseado em um consenso da literatura sobre as recomendações terapêuticas. Este inclui diversos instrumentos (Quadro I – ANEXO I) que permitem a realização do diagnóstico da transexualidade, a identificação da necessidade de intervenção psicológica e a compreensão dos principais problemas experienciados pelos transexuais durante o processo de diagnóstico, fornecendo-nos subsídios para a opção de uma intervenção terapêutica apropriada.

A atuação do psicólogo, baseada em critérios médicos e psicossociais, é necessária para o estabelecimento de um diagnóstico preciso e a realização de um acompanhamento, recomendado por um período de observação (experiência da vida-real) de dois anos antes da

realização da cirurgia. Nesse período, a psicoterapia é indicada como processo facilitador de eventuais indicações clínicas, endócrinas e cirúrgicas (PINTO; BRUNS, 2006).

Na avaliação psicológica, deve-se visualizar o quadro do contexto familiar e social do paciente; suas habilidades para enfrentar situações de estresse; desejos e perspectivas futuras; seu sofrimento psíquico e/ou prejuízo na vida afetivo-sexual, ocupacional e profissional; sua compreensão dos procedimentos necessários para o diagnóstico e tratamento, inclusive, os riscos e responsabilidades associados a eles.

A metodologia utilizada para a avaliação diagnóstica é composta de uma entrevista semi-estruturada e inventários específicos para auxiliar no diagnóstico clínico do transtorno de identidade de gênero.

O DSM IV-TR™ (APA, 2002), aborda a questão de não haver qualquer teste diagnóstico específico para o transtorno de identidade de gênero, constituindo uma dificuldade para o levantamento destas características, durante o processo de avaliação. Os testes psicológicos podem revelar identificação ou padrões de comportamentos compatíveis com o gênero oposto, mas não asseguram de onde se origina o transtorno, permitem, simplesmente, a compreensão da personalidade dinâmica do paciente candidato à cirurgia (VIEIRA, 2000, p. 119).

No processo diagnóstico, além da utilização dos testes psicológicos para verificar se o candidato sofre de algum transtorno específico de personalidade, cabe ao psicólogo ter em mente que essa atividade é interacional, surge da relação construída entre ele e seu cliente, para poder compreender, apreender e refletir da melhor forma sobre as situações que lhe são apresentadas,

De acordo com Cecarelli (2003), para se estabelecer o diagnóstico, é importante que se diferenciem a transexualidade de outras expressões da sexualidade ou orientações sexuais, tais

como, o travestismo fetichista, o travestismo de duplo papel (transformistas ou *drag queens*) e a homossexualidade efeminada.

Muitos transexuais reproduzem, de maneira caricatural, os estereótipos do ser homem e do ser mulher, modo pelo qual encontram para manifestar a sua convicção de ser do outro sexo, fazendo uso de roupas do sexo oposto (*cross-dressing*) e de automedicação com hormônios, na tentativa de diminuir a tensão e a ansiedade resultantes do conflito entre o seu corpo e sua identidade. Quando utiliza vestimentas femininas, passa facilmente por mulher, sendo ele feminino e não efeminado. O "travestir-se" é considerado apenas um sintoma desse quadro, não tendo significado fetichista e, portanto, não havendo prazer em vestir roupas femininas (CECARELLI, 2003; COSTA, 2005; MILLOT, 1992).

Com base em sua orientação afetivo-sexual, o transexual pode ter o sentimento dirigido para alguém do sexo oposto (heterossexual) ou do mesmo sexo (homossexual), para pessoas de ambos os sexos (bissexual) ou pode apresentar ausência de atração sexual por ambos os sexos; portanto, não abala o sentimento que ele tem de não pertencer ao gênero que seu sexo o posiciona, uma vez que a sexualidade está deslocada da identidade de gênero (BENTO, 2003; VIEIRA, 2004; VIEIRA XAVIER, 2003).

Segundo o DSM IV-TR™ (APA, 2002), para aqueles transexuais que são atraídos pelo sexo masculino, o quadro inicia-se, geralmente, na infância ou no começo da adolescência. Enquanto que aqueles atraídos pelo sexo feminino, por ambos os sexos ou por nenhum deles relatam que o princípio da sua disforia de gênero deu-se no período entre o início e meados da vida adulta, apresentando, assim, uma história de comportamento tipicamente transvéstico.

Nos primeiros anos de vida, a criança já se posiciona no gênero masculino ou no feminino quando estabelece sua identidade sexual, desenvolvendo a consciência sobre seu corpo. Mas, a construção social e psicológica nem sempre segue direções compatíveis com a

determinação biológica, ela vai se desenvolvendo a custa de um aprendizado baseado na relação entre si mesmo, a sua família e o seu meio social (PINTO; BRUNS, 2003).

Entretanto, para alguns indivíduos, há a possibilidade de discordância uma vez que a identidade de gênero pode tomar um rumo oposto àquele do seu corpo biológico. É o que ocorre com os transexuais: uma inversão desta identidade. Nos meninos, essa manifestação evidencia-se por meio de comportamentos como brincadeiras, jogos e hábitos esteriotipadamente, femininos; nas meninas, o interesse se volta, também, ao mundo do gênero oposto, identificando-se elas com brincadeiras, sonhos e fantasias do outro sexo, que é desejado e idealizado. "[...] *Eu me vestia com as roupas das minhas irmãs, as brincadeiras, elas eram sempre voltadas ao mundo feminino, ao mundo de ser menina, de ser mulher*", disse um transexual[11]. Junto dessa aparente contradição, surge a transgressão e um significativo sofrimento psíquico por acreditar que houve um erro com o seu sexo biológico (PINTO, 2002, p. 417).

Para os transexuais, a fase da adolescência, caracterizada pela exacerbação da diferenciação sexual, o leva a uma sensação de inadequação sexual, ocasionando vergonha e não aceitação de seu genital. Em geral, eles têm uma vida sexual bastante insatisfatória, não se tocam e nem permitem serem tocados na região genital como forma de consciência de que aquilo de fato não lhes pertence. "[...] *Não gostava do meu corpo e comecei a passar a gostar menos ainda; eu olhava meu corpo me dava conflito, me dava asco, raiva*", relata outro transexual. Seus caracteres sexuais secundários não são aceitos e eles procuram modificá-los através da hormônio-terapia e de cirurgias corretivas. Evitam a masturbação, excluem a genitália no momento do coito e apresentam dificuldades para manter relações sexuais, não buscando prazer em seu genital. Nessa fase, podem experienciar comportamentos

[11] Os discursos dos transexuais MtF apresentados no texto são recortes da minha dissertação de mestrado pela FFCLRP – USP (PINTO, 2002).

homossexuais como forma de expressão da sua sexualidade, baseada em um modo diferente de existir e um travestismo experimental (PINTO, 2002).

Nas relações sociais, as vivências são marcadas por questões relacionadas ao preconceito, discriminação e estigma social, levando-os, em muitas ocasiões, ao abandono escolar, o que reduz suas oportunidades de vida e impede seu crescimento, colocando-os, ainda, na condição de excluídos por sua identidade social. "[...] *Fui fazer inscrição para matrícula no colégio, e a diretora não deu, porque ela disse que eu podia causar problemas na escola, e daí foi o que me levou a desgostar da escola* [...]", relata um outro transexual (PINTO, 2002, p. 418).

Para Costa (2005), muitos revelam sua real identidade de gênero bem mais tarde na idade adulta. Por pressão familiar e social, mantêm um comportamento compatível com seus aspectos biológicos, passando, muitas vezes, por casamento e filhos, quando posteriormente, explicita sua real identidade de gênero.

A idade adulta é caracterizada pela transexualidade declarada, que pede um travestismo permanente. Esse conflito vai sedimentando a convicção íntima de pertencer ao sexo oposto e para eliminá-lo, o caminho visualizado passa a ser a cirurgia de adequação sexual. O transexual, além de não medir esforços para acabar com a sua discordância sexual, ainda deposita grande expectativa em sua realização. "[...] V*ai ser tudo! Expectativa de vida, futuro, felicidade, harmonia, paz comigo mesmo, tudo, tudo, tudo!*", disse ainda outro transexual. Segundo Pinto (2002), eles atribuem à cirurgia o milagre que possibilitará o verdadeiro encontro consigo mesmo e com o mundo.

Assim, o diagnóstico diferencial configura-se, fundamentalmente, na identificação dos transtornos de identidade de gênero, tendo como base, exclusivamente, a história clínica, a evolução e análise da avaliação de personalidade. Torna-se importante a diferenciação de

outras possibilidades clínicas e psiquiátricas no seguimento clínico desses indivíduos (SADDEH, 2004).

Entretanto, os conhecimentos disponíveis sobre essa área ainda são limitados, tornando-se necessário a realização de mais pesquisas que possam auxiliar na compreensão e intervenções adequadas do problema por parte dos profissionais que atuam na área da saúde.

1.6.2 **Estratégias terapêuticas**

A abordagem do transtorno de identidade de gênero varia conforme a orientação adotada pelos diferentes serviços de atendimento a transexuais.

Apesar de a transexualidade ser vista como um transtorno predominantemente psicológico, os transexuais geralmente buscam por um tratamento dirigido ao corpo, na tentativa de modificar sua aparência física. As principais alternativas para a melhora dessa condição clínica são: a psicoterapia, a hormonioterapia e a cirurgia de transgenitalização.

1.6.2.1 Psicoterapia

Em relação à transexualidade, os tratamentos psicoterápicos que tencionam alterar a identidade de gênero do transexual para aquela do sexo designado no nascimento se provaram como ineficientes devido à irreversibilidade de sua convicção de pertencer ao sexo oposto. É normalmente aceito que a única maneira viável de tratamento efetivo para o transexual é a cirurgia de redesignação sexual (BENJAMIN, 1997; VIEIRA, 2000).

Os transexuais, às vezes, se ressentem ou até mesmo recusam o tratamento psicológico por acreditarem não ser portadores de uma patologia psicológica e sim de uma inadequação física. A psicoterapia, geralmente, é vista como uma forma de aconselhamento, de apoio para

o acompanhamento do processo de transição de gênero e a única forma de obter direitos que são concedidos através da consulta médico-psicológica como o tratamento hormonal, cirúrgico e a documentação legal de mudança de sexo (LOBATO et al, 2001).

Durante o processo psicoterapêutico, há a necessidade de se conhecer, além das características próprias da transexualidade, outros aspectos como o histórico de vida pessoal e familiar; o contexto de vida atual; as vivências afetivo-sexuais; os sentimentos, fantasias e crenças acerca do diagnóstico e do tratamento, e a aquisição de estratégias de enfrentamento das mudanças de vida (afetiva, familiar, profissional e social) dessa pessoa. Assim, as intervenções mais apropriadas às características do paciente vão se definindo.

No decorrer do acompanhamento, o psicólogo deverá certificar-se de que a subjetividade em que o indivíduo vive de fato é diferente em gênero da sua natureza física, reafirmando a importância de ele experienciar o papel do gênero desejado. Este, gradualmente, adquire conforto e espontaneidade em seu novo papel, tanto no âmbito social, confrontando-se com a realidade do dia-a-dia, quanto no afetivo-sexual, antes da possibilidade de definição cirúrgica, que é irreversível. Para Pinto (2004, p. 03):

> [...] a terapia serve para mostrar a mulher que está dentro daquela pessoa em toda a sua amplitude. Se a pessoa transexual tiver uma vivência do papel feminino por meio de um relacionamento estável, apoio familiar, integração social, profissão definida, apresenta-se mais consciente do estado transexual e segura de seu desejo pela cirurgia.

Outra parcela dessas pessoas apresenta-se, muitas vezes, mal informada, confusa de seu estado transexual, imatura e com conflitos de ordem afetivo-sexuais. Também manifesta dificuldades no relacionamento sócio-familiar demonstrando maior necessidade de transformação gradual e acompanhamento psicoterápico para melhor aceitação de sua identidade (PINTO; BRUNS, 2006).

Na psicoterapia de apoio, não se pode pensar em termos de alterar sua convicção de quem acredita ele ser, e sim, ajudá-lo a fortalecer-se em sua real identidade, a compreender o contexto de suas relações e valores, a adquirir uma visão mais realista do tratamento cirúrgico e encarar sua vida futura após a cirurgia. Entretanto, a maioria deposita na cirurgia o poder mágico de solução para todos os seus problemas (ATHAYDE, 2001; PINTO; BRUNS, 2006).

1.6.2.2 Hormonioterapia

O tratamento hormonal apropriado possibilita promover modificações nas características do corpo recusado aumentando sua expressão em direção ao sexo desejado. Porém, é necessário insistir no fato de que deve ser realizado com acompanhamento médico, e não como muitos candidatos à cirurgia o fazem, utilizando hormônios indiscriminadamente.

O tratamento hormonal no transexual masculino consiste na administração prolongada de altas doses de hormônios femininos (estrogênios), para se obter uma feminização progressiva. Tal procedimento tem por finalidade a modificação dos caracteres sexuais secundários através da suspensão da produção de testosterona, a redução do volume dos testículos, a supressão das ereções espontâneas noturnas e diurnas, a estabilização de eventual calvície incipiente e a aquisição de atributos femininos, como o aumento das mamas, o aumento do tecido adiposo, a diminuição da massa muscular, a alteração da voz e a redução de pêlos corporais e barba (VERDE; GRAZIOTTIN, 1997; VIEIRA, 2000; VIEIRA XAVIER, 2003).

Deve-se estar atento aos efeitos colaterais do uso prolongado de estrogênios como o risco de doenças tromboembólicas e câncer de mama (CANELLA, 2006; VERDE; GRAZIOTTIN, 1997).

Nos casos de transexuais femininos, a terapêutica hormonal é realizada por meio da administração de hormônios masculinos, como a testosterona, com o objetivo de suprimir a atividade ovariana e as menstruações e atingir uma androgenização progressiva através de uma hipertrofia do clitóris (o maior alongamento que se pode obter deste órgão foi de seis centímetros depois de um ano de tratamento), do aumento da massa muscular e da pilosidade do corpo, do engrossamento da voz e da diminuição do tecido adiposo. Os efeitos induzidos na voz e anexos cutâneos são irreversíveis (VERDE; GRAZIOTTIN, 1997; VIEIRA, 2000; VIEIRA XAVIER, 2003).

Como principais efeitos colaterais referentes à utilização dos androgênios, temos o aumento do colesterol e triglicérides, levando a um aumento do risco de doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, angina, infarto) (VERDE; GRAZIOTTIN, 1997).

1.6.2.3 Cirurgia de transgenitalização

Estudos nessa área foram efetuados em países da Europa e EUA. No Brasil, a partir de 1997, o Conselho Federal de Medicina – CFM editou a Resolução nº 1.482/97, autorizando, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos da transexualidade. Essa resolução regulamentou condições e trouxe subsídios legais e éticos para que se realizasse a cirurgia de redesignação sexual, possibilitando um acompanhamento efetivo e tratamento adequado, que conta com a adesão dessa população (CFM, 1997).

Recentemente, o CFM aprovou nova Resolução de nº 1.652/2002, que amplia o já disposto na anterior, estabelecendo novos critérios e determinações. As principais alterações referem-se à retirada do caráter experimental das cirurgias para adequação do fenótipo

masculino para o feminino – MtF. Elas, no entanto, somente podem ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independente da atividade de pesquisa, e o corpo clínico desses hospitais deverá ser registrado no Conselho Federal de Medicina. As cirurgias de adequação do fenótipo feminino para masculino - FtM, entretanto, continuam de caráter experimental e só podem ser praticadas em hospitais universitários ou públicos adequados à pesquisa (CFM, 2002).

Antes de haver uma regulamentação para a cirurgia de transgenitalização no Brasil, essa e os demais procedimentos eram considerados crimes de lesão corporal, medidas não-éticas e passíveis de punição tanto pelo CFM quanto pelo poder Judiciário, o que levou os transexuais a recorrerem à cirurgia ilegalmente, aqui ou fora do país. Muitas vezes, essa situação era agravada pelos resultados catastróficos de intervenções cirúrgicas mal sucedidas, que deixavam seqüelas irreversíveis.

Após a normatização proposta pelo CFM, os transexuais se beneficiaram e foram submetidos à cirurgia de redesignação sexual por equipes formadas em várias regiões do país. No Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, interior do Estado de São Paulo, a partir de 1998, um grupo de profissionais da saúde se dispôs a formar uma equipe que teria como tarefa atender a uma demanda de pacientes que chegavam ao hospital, solicitando a cirurgia.

Esses pacientes procuram o serviço com o intuito de realizar uma cirurgia para adequar o seu sexo. São encaminhados ao ambulatório de especialidades, recebidos na Unidade de Urologia e, após passarem pela primeira consulta, são avaliados, gradualmente, por uma equipe de profissionais para obterem o diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico.

Em razão de sua atuação na saúde, o psicólogo, integrado em equipes multidisciplinares de transgenitalização, muito tem contribuído para a abordagem da transexualidade. Como as pesquisas nessa área são escassas, o diagnóstico geralmente baseia-

se na entrevista clínica. Desse modo, é necessária a realização de uma análise cuidadosa de cada caso para a realização do diagnóstico e, após um consenso da equipe responsável, ela indicar ou não a cirurgia (PINTO; BRUNS, 2006).

Cumprido o período de avaliação e de diagnóstico de transtorno de identidade de gênero firmado e concluído o acompanhamento psicoterápico, o paciente é encaminhado à equipe cirúrgica que estabelecerá a orientação e preparo necessários para a efetivação desta etapa, que inclui avaliação médica, os pedidos de exames pré-operatórios e o termo de consentimento livre e esclarecido firmado e assinado pelo paciente, constando de esclarecimentos de possíveis intercorrências que possam sobrevir nas fases pré-, intra- e pós-operatória.

A integração entre a equipe cirúrgica e os demais profissionais – psiquiatra, psicólogo, endocrinologista, enfermagem, assistente social, é fundamental para se enfrentar a complexidade desse fenômeno. Equipes de apoio como a de fonoaudiologia, fisoterapia, otorrinolaringologia, dermatologia, ginecologia e a de cirurgia plástica também estão envolvidas no processo de tratamento dos transexuais. A equipe conta, também, com a assessoria jurídica de uma advogada que oferece assistência aos pacientes e à própria equipe, por meio da elaboração de termos e orientação para procedimento cirúrgico e possível retificação do Registro Civil.

No que tange o tratamento do transexual masculino – MtF, a cirurgia visa à remoção dos testículos e à criação de uma neovagina funcionante. Esse procedimento é denominado de “Vaginoplastia”, refere-se à criação ou reforma cirúrgica de tecidos para a construção de um canal vaginal e de pequenos e grandes lábios vulvares. O método mais utilizado é o de inversão da pele peniana para a formação da nova vagina.

Segundo Cury (2000, p. 58), “[...] um bom pênis resulta numa boa vagina”. A cirurgia de transgenitalização – MtF, inicia-se por meio de uma incisão na região perineal, em “Y”

invertido, para a construção de um túnel cruento e profundo no espaço que é chamado de "triângulo anal". Esse túnel vai fazer parede com o reto e a bexiga. Na etapa seguinte, faz-se o isolamento e a dissecção bilateral dos testículos, epidídimos e cordões inguinais. Em seguida, realiza-se a dissecção completa do pênis, preservando a pele, os nervos e a glande. O retalho obtido com a pele peniana é invertido e ancorado ao fundo do túnel cruento, mantendo a glande fixa nesta região. Uma parte do tecido cavernoso é utilizada para moldar o clitóris e a outra parte, a uretra. Essa é encurtada e transposicionada definitivamente à situação feminina. Toda a extensão da pele da bolsa escrotal é utilizada para a reconstrução da genitália, do revestimento do túnel vaginal e formação dos grandes lábios. A técnica cirúrgica empregada é a Técnica de Jones e Edgerton Bull, modificada por Carlos Cury (CURY et al., 2001; 2003).

Em relação à neovagina, Cury (2000; 2003) expõe que:

> [...] a transexual não terá o orgasmo clitoriano, e sim vaginal, pois terá toda a sensibilidade da glande no fundo do túnel e todo um território sensível próximo da vesícula seminal e da próstata. Um orgasmo muito copioso, com grande concentração de líquido, maior que o da mulher.

Vários outros procedimentos podem acompanhar à cirurgia de redesignação sexual. São empregadas técnicas feminilizantes como a mamoplastia, terapia de remoção dos pêlos, excisão do pomo de Adão, terapia hormonal, rinoplastia, etc.

Assim como os transexuais masculinos, os femininos também desejam submeter-se às intervenções cirúrgicas para se adequarem ao sexo ao qual julgam pertencer. As intervenções, nesse caso consideradas mais complexas, envolvem a mastectomia bilateral (retirada das mamas); a histerectomia (retirada do útero); a ooforectomia bilateral (extirpação dos ovários); o tratamento hormonal; a colocação de próteses testiculares de silicone e a faloplastia (construção plástica do pênis).

Deve-se se ressaltar que a cirurgia MtF é considerada de caráter fundamentalmente reparadora já que prioriza a funcionalidade do órgão e não a estética; ficando esta para ser

revista em outras etapas. Atualmente incide em custos, tendo em vista que a resolução do CFM nº 1.652/2002 retira o caráter experimental da cirurgia de adequação das características masculinas para femininas, fazendo com que muitos transexuais não possam ter acesso à cirurgia sem ônus.

No entanto, aos poucos, os transexuais têm sido ouvidos em suas reivindicações para que possam ter direito a uma saúde integral, uma vez que a transexualidade vem sendo reconhecida como um transtorno diagnosticável e de tratamento possível e que inclui a redesignação sexual.

Esse desejo pode estar próximo de tornar-se um direito. Recentemente, houve uma determinação da Justiça Federal para que o Sistema Único de Saúde (SUS) inclua em sua lista de procedimentos a cirurgia de transgenitalização, o que seria um grande avanço em prol dos indivíduos inconformados, psicologicamente, com seu sexo. A medida é resultado de uma ação civil pública movida pelo Ministério Público Federal (MPF) contra a União. Para o Magistrado, “a prestação de saúde requerida é de vital importância para a garantia da sobrevivência e de padrões mínimos de bem-estar dos indivíduos que dela necessitam e se relaciona diretamente ao respeito da dignidade humana” (RAUPP RIOS, 2007).

Entretanto, a União recorreu da decisão e o Supremo Tribunal Federal (STF) através da ministra Ellen Gracie concedeu pedido de suspensão de tutela antecipada, uma espécie de liminar que suspende temporariamente as cirurgias de transgenitalização pelo Ministério da saúde.

A decisão vale até o julgamento do mérito da ação, que não tem prazo para ocorrer. Na sentença foi alegada a necessidade de remanejar verbas destinadas a outros procedimentos realizados pelo SUS, o que certamente causaria problemas de alocação de recursos públicos indispensáveis ao financiamento do SUS em âmbito nacional (STF, 2007).

“Certamente essa decisão representa um grande retrocesso na saúde pública”, disse

Cury (2007). Vale ratificar a importância da cirurgia de transgenitalização, pois ela pode significar uma possibilidade de integração individual e social deste mesmo indivíduo, dando-lhe a oportunidade de eliminar sua dualidade sexual para que se afirme na qualidade em que seu sexo psicológico o define. Em vista disso, a cirurgia apresenta-se a ele como um sonho, criando um elo entre a realidade desfavorável e a felicidade. Então, apega-se a ela como possibilidade para encontrar um lugar e um sentido para sua existência: integrar-se em seu meio familiar e ser reconhecido pela sociedade (PINTO; BRUNS, 2003).

Há de se ressaltar que a redesignação sexual não deve ser considerada o objetivo final em si, mas o primeiro passo de uma escalada longa e íngreme até atingir-se um objetivo maior que envolva a identificação, o entendimento, a compreensão, a aceitação dos transexuais e o acompanhamento desses indivíduos por equipes multidisciplinares. Deve-se proporcionar a cirurgia de redesignação sexual desmistificada, sem excesso de expectativas; porém, com realidade para não gerar desapontamentos e frustrações, pois um problema existencial tão intenso não se resolve milagrosamente (PINTO; BRUNS, 2003, p. 145).

Também ter como parâmetro, a particularidade de cada um, sua singularidade, viabilizando a possibilidade de escolha pela intervenção cirúrgica ou por diferentes trajetórias que cada transexual possa traçar para o seu destino, as quais permitam que a transexualidade seja vivida.

1.6.2.4 Processo pós-cirúrgico

Após a cirurgia, a mulher transgenitalizada se encontrará sob os cuidados da equipe cirúrgica e deverá ser informada sobre o bom êxito da mesma, ou se ocorreram complicações que deverão ser corrigidas posteriormente.

O pós-operatório dessa “nova mulher” requer uma série de cuidados. Além da fase de

recuperação pós-cirúrgica e repouso de alguns dias, no caso das mulheres, é necessário se adaptar aos curativos e à dilatação freqüente do canal vaginal, através da utilização de moldes vaginais, por um longo período de tempo, para que a pele se adapte ao seu novo espaço e não ocorra o fechamento da cavidade recém construída. De acordo com Cury (2000, p. 59):

> [...] ao criar-se o túnel, é necessário utilizar-se um molde, senão o próprio organismo tende a fechá-lo. Esse molde é revestido com um preservativo, proporcional ao tamanho da vagina e deve ser utilizado, até ser estabelecido o túnel definitivo.

Em virtude dessas considerações, após a alta hospitalar, a responsabilidade pelos cuidados de manutenção contínua é muito grande, uma vez que o resultado vai depender da consistência com que se executam esses cuidados. O objetivo principal da paciente será, portanto, de assegurar que a neovagina se recupere corretamente, mantenha seu tamanho e a sua funcionalidade.

Constitui-se de fundamental importância dar-se seguimento ao processo psicoterápico no pós-operatório no que se refere à estabilidade emocional, ao grau de satisfação e ao processo de readaptação à nova etapa de vida. Conhecer os conflitos psicológicos e seus efeitos na ressocialização dentro dos parâmetros sociais, psíquicos, sexuais, profissionais e de vivência afetivo-sexual é de suma importância para a pessoa transexualizada no prosseguimento do seu processo operatório. No entanto, como muitos não retornam ao Serviço por preferirem o anonimato de uma vida cotidiana, nem sempre é possível dar prosseguimento a esse processo psicoterápico. De qualquer modo, o sucesso da cirurgia só será confirmado após algum tempo, quando estas pessoas estiverem adaptadas à sua nova condição de vida.

1.6.3 **Aspectos legais e jurídicos**

Depois de reconhecido o procedimento cirúrgico para o tratamento da transexualidade, cumpre ao Estado a função de assegurar a integralidade desse procedimento médico, psicológico, assistencial e cirúrgico, com a autorização para a retificação do nome e gênero desses (as) pacientes no Registro Civil.

Segundo Goldim et al. (2004, p. 99), a principal questão moral envolvida na redesignação sexual é o respeito à pessoa, à dignidade humana. "[...] Todo ser humano tem direito a uma identidade social, ou seja, ser conhecido e reconhecido pela sociedade por um nome, característica essa que define sua individualidade". Portanto, toda pessoa tem o direito a uma identidade sexual, de forma que se garanta o desenvolvimento pleno de sua personalidade.

Entretanto, esse direito não é exercido em sua plenitude. Situações embaraçosas e constrangedoras expõem a pessoa transexual, desde a apresentação do documento de identidade quando solicitado, até a exposição pública quando é chamado (a) por seu nome de registro de nascimento, numa fila de espera, por exemplo; são provas de que sofrem, diariamente, restrições aos seus direitos fundamentais (GOLDIM et al., 2004, p. 101).

O transexual, a todo instante, vê sua intimidade ser invadida, quando for compelido a expor sua vida pessoal para explicar o porquê da documentação não corresponder à realidade (VIEIRA, 2004).

Ao reivindicar a cirurgia, o transexual não defende o seu direito por estética ou conveniência, mas objetiva a proteção ao seu direito a uma saúde física, psíquica e social e a viver dignamente. Cabe ao Direito atender às justas necessidades dessas pessoas e autorizar a adequação dos documentos com o intuito de cessar ou, pelo menos, reduzir seus inúmeros problemas e constrangimentos vivenciados por elas. Segundo Vieira (2004, p. 117), "[...] Negar tal pedido àqueles que fizeram à cirurgia, é negar-lhe o direito de viver dignamente, é marginalizá-lo, mantendo seu sofrimento".

Para a adequação dos documentos das mulheres transgenitalizadas, a equipe multidisciplinar elabora um laudo sobre a paciente para comprovar seu estado e instruir o processo de retificação do nome e sexo no Registro Civil, outra conseqüência legal importante, permitindo que assuma plenamente sua identidade de gênero.

Embora não haja uma disposição legal expressa para assegurar a retificação do nome e sexo aos transexuais, a jurisprudência vem se firmando no sentido de interpretar a Constituição e a inegável necessidade de que a legislação seja adequada à realidade e, sobretudo, aos avanços da ciência e da medicina (VIEIRA, 2004).

Assim, o fenômeno da transexualidade não deixou de ter alcance na área jurídica, levando os profissionais do direito à reflexão sobre os efeitos que as modificações do sexo podem acarretar neste campo. Tendo em vista o reconhecimento adquirido na área, recentes decisões isoladas e dependentes, essencialmente, da visão pessoal de um juiz podem variar e têm ocorrido em diversos pontos do país.

A maioria das decisões têm sido favoráveis e são consideradas pelos profissionais parte integrante da terapêutica. Vários transexuais já conseguiram a retificação do seu nome e sexo no Registro Civil, embora outros ainda estejam na dependência de uma decisão judicial favorável.

Muito há de ser feito pela sociedade civil e pelo poder judiciário no sentido de dar pleno reconhecimento a esse “novo” ser após a cirurgia de redesignação sexual, como forma de inseri-lo na comunidade de maneira menos estigmatizada e mais humanizada (PINTO; BRUNS, 2003, p. 145).

Capítulo 2

PESQUISA QUALITATIVA NA MODALIDADE FENOMENOLÓGICA

2.1 A FENOMENOLOGIA COMO PONTO DE PARTIDA

Para que possamos caminhar em direção à compreensão do fenômeno da vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas, recorremos à modalidade de pesquisa qualitativa fenomenológica, que nos orientará, de forma cuidadosa e pertinente, para chegarmos ao objetivo proposto nesta pesquisa.

A escolha de uma metodologia de pesquisa traduz uma posição em termos epistemológicos – não é apenas a escolha de um método em oposição a outro. Entretanto, uma pesquisa que emprega uma metodologia qualitativa está alicerçada em pressupostos compreensivos e interpretativos em relação ao fenômeno interrogado (MONTEIRO et al., 2006).

Ao nos situarmos nessa modalidade de pesquisa, tomamos uma posição na esfera epistemológica, que reflete a nossa adesão a uma metodologia que se opõe ao positivismo, método científico experimental por excelência. Na medida em que entendemos metodologia como uma reflexão sobre um fenômeno e método como produto indissociável dessa reflexão, buscamos por um método que valorize as características próprias dos colaboradores de cada pesquisa. De acordo com Holanda (2007, p. 45) “[...] o objetivo central da pesquisa qualitativa é ter acesso ao mundo privado e subjetivo do homem e dar conta de dimensões do vivido humano não mensurável pela metodologia quantitativa tradicional”.

Segundo o mesmo autor, para realizar uma investigação do humano, deve-se lançar mão de metodologias que dêem conta do acesso às dimensões deste humano. Neste sentido, é importante a utilização de um método de descrição e análise de processos que seja compatível com a tradição de uma psicologia de cunho humanista, para valorizar aspectos da intersubjetividade humana.

A pesquisa fenomenológica se caracteriza pelo o estudo das *essências*. Essência é uma palavra que deriva da língua latina e que corresponde à palavra grega e*idos*, da qual se deriva a palavra "idéia", que é aquilo que conseguimos captar, apreender, sendo o e*idos* das coisas, o que deriva a idéia que temos delas (BELLO, 2004).

Portanto, o princípio básico desse método, introduzido por Husserl, é a apreensão, análise e descrição dos fatos, caracterizado pela ênfase de "ir às coisas mesmas", em outras palavras, aos fenômenos para desvendá-lo. O significado de fenômeno vem da expressão grega *fainomenon* e deriva-se do verbo *fainestai* que quer dizer mostrar-se a si mesmo, tal como realmente é (MARTINS; BICUDO, 1994, p. 21).

Para Holanda (2007), é justamente essa apreensão da realidade, partindo-se do sentido dela para uma subjetividade intencional, que a pesquisa fenomenológica busca acessar, ou seja, alcançar o significado da realidade e do mundo para um sujeito que é encarado como ator e protagonista da sua própria vivência. E pode ser alcançada com base em um método que contemple três elementos fundamentais: o da redução fenomenológica, que permite acesso aos significados "puros" dos sujeitos; o da intersubjetividade da relação, que se estabelece entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado, seus conteúdos e vínculos estabelecidos nessa relação; e o retorno ao mundo vivido do sujeito-pesquisado, mediante uma descrição direta do seu depoimento. Segundo define Trivinõs (1992, p. 43) "[...] trata-se de descrever, e não de explicar e nem de analisar, pois, para Husserl, todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, buscando a fenomenologia colocar as idéias básicas e, em seguida, tratar de esclarecê-las".

Com essa busca assinalada pela tarefa de "ir às coisas mesmas", é necessário realizar a redução fenomenológica ou *Epoché*. Isto é, o pesquisador, ao se aproximar do fenômeno, deve colocar "entre parênteses", ou seja, fora de ação, todo o conhecimento adquirido anteriormente sobre a experiência que está investigando. Deve estar livre dos elementos

pessoais e culturais, para, então, abrir-se para essa vivência e nela penetrar de modo espontâneo e experiencial, deixando surgir à intuição, a percepção, os sentimentos e sensações que brotam numa totalidade, proporcionando-lhe, como resultado, uma compreensão global, intuitiva e pré-reflexiva dessa vivência.

Para Bruns (2007, p. 72), ao assumir a postura de se colocar em "suspensão de juízo de valores" o conhecimento *a priori* acerca do fenômeno que pretende investigar, o pesquisador pode superar o impasse existente entre a subjetividade/objetividade, uma vez que, ao se dirigir ao fenômeno, conduz o processo de análise, o que não supõe uma atitude de neutralidade, mas uma postura intencional em relação ao fenômeno. Assim, a experiência do fenomenólogo dirige-se à análise compreensiva do fenômeno:

> [...] quando o olhar instigante do pesquisador se dirige à busca da compreensão de um fenômeno, baseando-se na premissa de que o homem é sujeito e objeto do conhecimento e que vivencia intencionalmente sua existência, atribuindo-lhe sentido e significado, nesse momento, o paradigma fenomenológico está presente.

Na concepção de Forguieri (1993, p. 59), esse processo consiste:

> [...] numa profunda reflexão que nos permite chegar à essência do conhecimento (...) em duas etapas: o envolvimento existencial, seguido do distanciamento reflexivo. O pesquisador procura estabelecer certo distanciamento da vivência para refletir sobre a compreensão e tentar captar e enunciar, descritivamente, o sentido e significado atribuído pela pessoa à vivência, conforme o seu modo de existir [...].

Deste modo, o fenômeno desvela-se no discurso, no percurso significativo e pertinente, pela circunstância histórica, política e sócio-cultural de sua existência.

2.2 A ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA COMO CAMINHO

Feitas tais considerações, a pesquisa, na modalidade fenomenológica, inicia-se com o diálogo entre pesquisador/colaborador em busca de uma compreensão do fenômeno situado. Como tarefa principal o pesquisador faz uma indagação em relação ao fenômeno, mediada por uma questão, que, nesta pesquisa é: Como está sendo sua vivência afetivo-sexual após a cirurgia de transgenitalização?.

Segundo Amatuzzi (2007), o relato é apreendido na sua intencionalidade própria e constitutiva e, nele, busca-se a experiência intencional vivida, sendo de fundamental importância o pesquisador atuar como facilitador do acesso ao vivido. Esta não é, necessariamente, algo já pensado e estruturado, mas emerge no momento oportuno. Sendo surpreendido na relação, pela própria pessoa, que então o comunica, com a facilitação do pesquisador.

Para esse autor, todas as formas de análise pode ser feitas a partir de qualquer relato, mas na análise fenomenológica, o melhor relato é o que procura trazer, tornar presente, a experiência vivida, sendo de fundamental importância o pesquisador atuar como facilitador do acesso ao vivido e corrobora dizendo que “[...] a pesquisa fenomenológica não tem sujeitos que forneça informações, mas colaboradores que pensam junto o assunto” (AMATUZZI, 2007, p 21).

2.3 ESTRATÉGIA PARA CAMINHADA

Por ser a fenomenologia um discurso esclarecedor, optamos pela técnica de história oral de vida, guiada por uma questão única, simples e direta, numa linguagem comum à compreensão do fenômeno, como estratégia de pesquisa para desvelarmos a vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas.

Para Meihy (1996, p. 15), a história oral é:

> [...] um conjunto de procedimentos que se iniciam com a colaboração de um projeto e continuam com a definição de um grupo de pessoas (ou colônia) a serem entrevistados, com o planejamento da condução das gravações, com a transcrição, com a conferência do depoimento, com a autorização para o uso, arquivamento e, sempre que possível, com a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevista.

É importante ressaltar que a história oral de vida é uma modalidade da história oral, nessa o colaborador (a) tem maior liberdade para dissertar livremente as suas experiências vividas, o que vai de encontro com o objetivo de nossa pequisa.

Thompson (1992) afirma que o argumento em favor de uma entrevista completamente livre em seu fluir fica mais forte quando seu principal objetivo não é a busca de informações ou evidências que valham por si mesmas, mas sim um registro "subjetivo" de como o sujeito olha para trás e enxerga a própria vida, em uma de suas partes ou em sua totalidade.

Para Moreira (2002, p. 55), o método da história de vida investiga a visão da pessoa acerca das suas experiêcias subjetivas de certas situações, inseridas em algum período de tempo de interesse, ou se refere a algum evento ou série de eventos que possa ter tido algum efeito sobre o respondente. O entrevistado faz uma descrição de sua vida ou de alguma parte dela. Lang (1996: p. 34) diz que:

> [...] os acontecimentos vivenciados são relatados, experiências e valores transmitidos, a par dos fatos da vida pessoal. Por intermédio da narrativa de uma história de vida, se delineiam as relações com os membros de seu grupo, de sua profissão, de sua camada social, da sociedade global, que cabe ao pesquisador desvendar.

A história oral de vida visa à construção de um documento que registra a experiência vivida ou o depoimento de um indivíduo ou de vários indivíduos, é o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo (THOMPSON, 1992).

Esse documento é intencionalmente produzido em todas as fases de sua elaboração, desde a escolha do entrevistado, passando pela realização da entrevista até a sua transcrição, sendo esta um item de grande importância. A preocupação do entrevistador reside em gravar o desvelar da história da experiência dos sujeitos, documentando os vários momentos que marcaram as suas vidas, tal como eles os vêem. Cabe a ele registrar essas histórias tal qual, os seus sujeitos as contam, ou seja, a sua "definição da situação" (CORRÊA, 1996, p. 67; MOREIRA, 2002, p. 55).

Pode-se dizer que três elementos constituem a condição mínima dessa história: o entrevistador, o entrevistado e o aparelho de gravação, fundamental para o momento da materialização do documento oficial, ou seja, a confecção do documento escrito e de sua eventual análise. Além de seu valor documental, enquanto gravação (que guarda em arquivos a modulação da voz e a situação da entrevista), a entrevista precisa ser transcrita a fim de facilitar a reflexão e os estudos. De fato, esse documento não é a fita de gravação, mas sim a sua transcrição que expressa o documento central neste estudo (MEIHY, 1996).

A moderna história oral usa a palavra *colaborador(a)*, como um termo importante na definição do relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado, sendo fundamental o estabelecimento de uma relação de afinidade entre as partes. O entrevistador deixa de ser aquele que olha para o entrevistado contemplando-o como um mero objeto de pesquisa por outro ângulo, ele próprio deixa de ser um observador da experiência alheia e se compromete com o trabalho de maneira mais sensível e compartilhada (MEIHY, 1996).

Segundo o autor, a experiência de trabalhar com depoimentos orais e se apropriar, de forma progressivamente produtiva, de sua riqueza não se limita a mostrar a face externa da vida e os acontecimentos objetivos; pelo contrário, ela revela a face interna, o subjetivo, o vivido.

Mediante as histórias de vida, entramos em contato com a multiplicidade, a diversidade e a complexidade dos campos subjetivos, presentes nas experiências de cada pessoa. Elas marcam as singularidades da expressão de uma vida ou de uma pessoa.

Diante dessa orientação técnica e metodológica, fica claro que esse estudo se associa a uma modalidade de investigação qualitativa, voltada à compreensão da vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas.

2.4 CAMINHO PERCORRIDO

Rezende (1990) nos fornece instrumentos para olharmos os diversos sentidos que compõem a estrutura do fenômeno que buscamos compreender tal qual ele aparece. Para o autor, o pesquisador, de posse dos depoimentos, deverá contemplar em sua descrição as seis características do discurso fenomenológico, enumeradas, a seguir:

1. **Ser significante**: buscar abranger, ao máximo, a riqueza dos sentidos que envolvem o existir humano, enumerando todos e somente os aspectos indispensáveis para que possamos dizer “que fenômeno é este”.
2. **Ser pertinente**: o discurso não deve omitir nenhum dos aspectos que integram a estrutura significativa do fenômeno; a descrição deve mostrar o fenômeno em sua articulação de sentidos, explicitando a significância do fenômeno que interessa desvelar, e não de outro.
3. **Ser relevante**: buscar a concretude do fenômeno interrogado, quer dizer, sua presença no mundo.
4. **Ser referente**: deve haver uma inter-relação dos elementos que constituem o fenômeno, isto é, sua contextualização no mundo, no tempo e no espaço.

5. **Ser provocante**: não se contentar em dizer de que maneira as respostas estão sendo dadas, porém de que outras maneiras elas poderiam, ou deveriam ser dadas.
6. **Ser suficiente**: importa dizer e redizer, sem que se tenha nunca a impressão de que tudo foi dito.

2.5 MOMENTOS DA ANÁLISE

Valendo-se desses esclarecimentos, Bruns (2007); Giorgi (1978) nos sugerem quatro momentos essenciais de análise das descrições, explicitadas pelas colaboradoras:

- No primeiro momento de leitura e releitura dos depoimentos, transcrevem-se os depoimentos das colaboradoras que, com seu consentimento, são gravados e transcritos na íntegra. Realiza-se uma leitura ampla do princípio ao fim, com o intuito de apreender o sentido geral do fenômeno que está sendo indagado, para ir-se em busca dos significados atribuídos por elas.
- No segundo, reinicia-se a leitura dos discursos, buscando evidenciar (discriminar) as "unidades de significados", que não se encontram identificadas, mas apreendidas e construídas pelo pesquisador, no decorrer do processo de análise através de sua visão de mundo e postura fenomenológica; momento em que o pesquisador "suspende" a maneira comum de ver o fenômeno. É essa postura que possibilita ao pesquisador o reconhecimento de momentos pertinentes e significativos do fenômeno que se está indagando, de modo que os seus juízos, preconceitos e idéias interfiram, o mínimo possível, na apreensão deste.
- No terceiro, após a obtenção das unidades de significados, agrupa-se por temas ou categorias que expressam o *insight* psicológico nelas contido, por meio de reflexão e do recurso de variação imaginativa, que para Martins (1992, p. 60) "[...] consiste

em refletir sobre as partes da experiência que nos parecem possuir significados cognitivos, afetivos e conativos e, sistematicamente, imaginar cada parte como estando presente ou ausente da experiência".

- No quarto, o pesquisador integra o *insight* contido em todas as unidades de significados, buscando identificar suas convergências/divergências e compreender e elaborar uma síntese descritiva.

Na presente pesquisa, o pesquisador volta-se para uma compreensão mais ampla da estrutura global do fenômeno evidenciando os significados da vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas.

2.6 ACESSO ÀS COLABORADORAS: CAMINHO PERCORRIDO E DIFICULDADES DO PERCURSO

Esclarecemos ao leitor que essa pesquisa compõe um corpo de conhecimento que teve início com a pesquisa de mestrado intitulada "O corpo desvela seu drama: a vivência de transexuais masculinos" (Pinto, 2002), cujo objetivo foi compreender o significado da vivência da transexualidade antes da transgenitalização.

Todo esse estudo vem sendo realizado no Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, que tem um programa de Adequação Sexual existente desde 1998, quando fui convidada a compor a equipe multidisciplinar desse programa. Essa instituição se tornou referência nacional e internacional na cirurgia de transgenitalização, tendo sido realizadas até o momento sessenta e seis cirurgias.

Para facilitar o nosso acesso, devido às colaboradoras residirem em outros estados e outras até no exterior, elegemos como nosso critério convidar as que residem no Estado de São Paulo, submetidas à cirurgia de transgenitalização pela Equipe de Adequação Sexual.

Para contatá-las, recorremos aos prontuários das colaboradoras que realizaram a cirurgia, para obtenção de dados referentes à sua identificação a fim de conhecermos quantas residiam no Estado de São Paulo. De posse de essas informações, contatamos, inicialmente, vinte colaboradoras.

Elas foram contatadas por meio de uma carta convite (ANEXO II) (com envelope anexado sobrescritado e selado para resposta) para participarem da pesquisa, contendo explicações sucintas sobre seu objetivo. Foi anexado também um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da FAMERP, em duas vias. Caso aceitarem o convite, elas deveriam assinar o Termo, ficando com uma via e remetendo a outra para o pesquisador. A não aceitação em participar da pesquisa ou ausência de resposta da correspondência, em um período de três meses após a comunicação, foram motivos de exclusão.

Das vinte correspondências enviadas inicialmente apenas sete retornaram com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dentro do prazo. Assim, recorremos a um outro recurso: o contato telefônico. Tínhamos o intuito de localizá-las e, caso aceitassem participar, para agendarmos uma data possível para as entrevistas. Com essa nova forma de contato, conseguimos mais três colaboradoras e fechamos uma amostra de dez participantes. As colaboradoras foram informadas que estavam livres de despesas financeiras com locomoção, telefone e postagem.

Conforme agendamento do dia e hora para realizarmos a entrevista, os encontros se deram no Ambulatório de Especialidades do Hospital de Base - Serviço de Psicologia da FAMERP. Nessa ocasião a pesquisadora esclareceu para as colaboradoras os objetivos e a relevância da pesquisa e o contexto na qual se inseria. Foi esclarecido também o critério de sua escolha pela colaboradora e garantindo seu anonimato nos resultados do estudo bem como o sigilo de sua identidade nos documentos da pesquisa.

Em seguida foi aplicado o questionário de classificação econômica dos dados do nível sócio-econômico familiar, elaborado pela ABEP (2003) (ANEXO IV) e atualizado os dados de identificação pessoal, para compormos a caracterização do perfil de cada colaboradora. O roteiro contém: nome, idade no momento da entrevista, religião, grau de escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, nível sócio-econômico e dados referentes à data e idade no período da cirurgia e retificação do nome e sexo no Registro Civil.

Após atualizarmos as informações demos início à entrevista com gravação em áudio, com uma indagação nossa em relação ao fenômeno: “Como está sendo sua vivência afetivo-sexual após a cirurgia de transgenitalização?”. Os depoimentos foram obtidos por meio da técnica de história oral e transcritos na íntegra, conservando, assim, com maior precisão, a linguagem do narrador.

Como as entrevistas foram realizadas individualmente, as colaboradoras dispuseram de bastante tempo para relatarem as suas vivências afetivo-sexual após a cirurgia. Em alguns momentos, houve a necessidade de intervir nos relatos para remetê-las à questão chave da pesquisa, ou mesmo, para facilitar a compreensão aprofundada do fenômeno.

A seguir, apresentamos (Quadro 2) uma síntese do perfil das dez colaboradoras no momento da entrevista.

2.7 QUADRO 2 – PERFIL DAS COLABORADORAS

Colaboradora	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Data da Entrevista	07/07/2005	09/08/2005	12/08/2005	27/10/2005	26/05/2006
Nome	**Malu**	**Gisele**	**Helena**	**Isadora**	**Andrieli**
Idade	37	39	37	39	26
Religião	Católica	Espírita	Espírita	Espírita	Católica
Grau de escolaridade	Ensino médio	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental incompleto	Ensino médio	Ensino médio
Profissão	Secretária	Secretária	Comerciante	Doméstica	Funcionária pública
Estado Civil	Solteira	Solteira	União consensual	União consensual	Solteira
Filhos	Não	Não	1 adotivo	Não	Não
Nível sócio-econômico*	C	A_2	C	B_2	B_1
Data da cirurgia	17/12/1998	30/03/2001	27/08/1999	10/12/1999	12/03/2003
Idade na cirurgia	31	34	31	32	22
Retificação nome/sexo	Sim	Sim	Não	Sim	Não

Colaboradora	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Data da Entrevista	02/06/2006	02/10/2006	03/10/2006	30/11/2006	30/11/2006
Nome	**Leila**	**Fernanda**	**Manuela**	**Roberta**	**Mariana**
Idade	25	29	23	41	28
Religião	Católica	Evangélica	Espírita	Católica	Espírita
Grau de escolaridade	Ensino superior incompleto	Ensino médio	Ensino médio	Ensino médio incompleto	Ensino médio
Profissão	S/ profissão	Comerciante	Cabelereira	Cabelereira	Comerciante
Estado Civil	Solteira	Solteira	Solteira	Solteira	Solteira
Filhos	Não	Não	Não	Não	Não
Nível sócio-econômico*	C	C	B_2	C	B_1
Data da cirurgia	20/06/2002	27/07/1999	02/06/2005	29/09/2000	17/11/2005
Idade na cirurgia	21	22	22	35	28
Retificação nome/sexo	Sim	Não	Não	Não	Não

*** Dados com base no Levantamento Sócio-Econômico – 2000 – IBOPE (ABEP, 2003) – (ANEXO IV).**

Conforme exposto no quadro 2, as entrevistas ocorreram no período de agosto de 2005 a novembro de 2006. As idades das colaboradoras, no momento da entrevista, variava de 23 a 41 anos. Vê-se que cinco colaboradoras se declararam espíritas, quatro católicas e uma evangélica. O grau de instrução ensino médio prevaleceu entre as colaboradoras, foram sete, mais duas com ensino fundamental e uma com ensino superior incompleto.

Quanto às profissões, predominou a de comerciante, com três colaboradoras, duas outras sendo secretárias, mais duas cabelereiras, uma doméstica, uma funcionária pública e uma estudante que foi considerada *sem profissão*.

Quanto à especificação do estado civil, foi predominante o número de solteiras entre as colaboradoras, sendo apenas duas as que vivem uma união consensual. Apenas uma tem filho, sendo ele adotivo. Já o nível sócio-econômico familiar variou entre as classe C, e $A_{2.}$

No que diz respeito a cirurgia, elas ocorreram no período de dezembro de 1998 a novembro de 2005 e a idade das colaboradoras no momento da cirurgia variou de 22 a 35 anos. E, finalmente, quanto à retificação do nome e sexo no Registro Civil apenas quatro das dez colaboradoras conseguiram realizar a alteração.

Capítulo 3

A TEMPORALIDADE DAS MULHERES TRANSGENITALIZADAS

3.1 ANÁLISE COMPREENSIVA E INTERPRETATIVA DOS DEPOIMENTOS

A seguir, iniciaremos à análise compreensiva e interpretativa dos depoimentos das dez colaboradoras acerca do fenômeno por nós interrogado: a vivência afetivo-sexual de mulheres trangenitalizadas, com o propósito de caminharmos em direção a compreensão dos sentidos e significados que mulheres transgenitalizadas atribuem à sua vivência.

A investigação ocorreu por intermédio da metodologia qualitativa fenomenológica e do eixo teórico que orientam o nosso olhar sobre os depoimentos; pela complexidade do tema, buscamos o diálogo entre as perspectivas biológicas, psicológicas e sócio-culturais. Depois de realizada a leitura e releitura dos depoimentos, categorizamos as dimensões do fenômeno.

Convém esclarecer que todos os depoimentos encontram-se transcritos, na íntegra, no ANEXO V.

3.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS QUE EMERGIRAM NOS DEPOIMENTOS

A seguir, apresentaremos as seis **categorias emergidas nos depoimentos** (**em negrito)** e suas <u>subcategorias</u> (<u>grifadas</u>) possibilitando, assim, facilitar a identificação das mesmas. São elas:

Categoria 1 – A descoberta do corpo transgenitalizado

Nesta categoria, as colaboradoras mostram o reconhecimento do corpo transgenitalizado, em especial, dos genitais. As unidades de significado que compõem essa categoria encontram-se nos relatos das Colaboradoras 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10.

E a <u>subcategoria</u> encontrada foi:

- <u>A masturbação</u>

As unidades de significado referentes a esta subcategoria encontram-se nos relatos das Colaboradoras 1, 4, 6, 8.

Categoria 2 – A temporalidade da relação sexual após a cirurgia

Dentro desta categoria, deparamos com as experiências vividas pelas colaboradoras por ocasião do início da atividade sexual após a cirurgia. As unidades de significado que compõe esta categoria encontram-se nos relatos das Colaboradoras: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Categoria 3 – O temor da revelação da identidade de mulher transgenitalizada

Esta categoria mostra a dificuldade encontrada pelas colaboradoras em revelarem a sua cirurgia aos parceiros, e o processo de assumirem e revelarem a sua identidade de mulher transgenitalizada. As unidades de significado que compõe esta categoria encontram-se nos relatos das Colaboradoras 2, 6, 9.

Categoria 4 – A vivência do papel afetivo-sexual

Será destacada, a vivência do papel afetivo-sexual das colaboradoras após à cirurgia**.** O que estamos chamando de afetivo-sexual é o vínculo estabelecido, que pode variar desde uma paquera, um ficar, um rolo, um namoro, um noivado até a relação de união consensual, envolvendo ou não interesses de um contato íntimo, sexual. As unidades de significado que compõe esta categoria encontram-se nos relatos das Colaboradoras 1, 2 ,3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

A subcategoria encontrada foi:

- Satisfação pessoal:

As unidades de significado referentes a esta subcategoria encontram-se nos relatos das colaboradoras 1, 2, 3, 4, 7

Categoria 5 – O papel social de gênero

Será revelado atitudes e comportamentos de gênero referente ao contexto sociocultural em que o indivíduo se encontra inserido. As unidades de significado que compõe esta categoria encontram-se nos relatos das colaboradoras: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9.

A subcategoria encontrada foi:

- O papel social de gênero estigmatizado

As unidades de significado referentes a esta subcategoria encontram-se nos relatos das colaboradoras: 1, 2, 5.

Categoria 6 – A temporalidade da vivência da mulher trasgenitalizada

Aqui serão destacados, os encantos e desencantos da vivência das mulheres transgenitalizadas. As unidades de significado que compõem esta categoria encontram-se nos relatos das Colaboradoras 1, 2, 4, 8, 9, 10.

Para possibilitar ao leitor melhor entendimento, apresentaremos o perfil de cada uma das colaboradoras, através de informações coletadas dos prontuários médicos, antes do momento da entrevista atual, e a análise das histórias de vida, com suas respectivas categorias de significados.

A fim de preservar nossas colaboradoras e, com o intuito de conhecermos melhor as suas trajetórias de vida, optamos pelo uso de pseudônimos. Esclarecemos, ainda, que o motivo pelo qual nos dirigimos às colaboradoras no gênero feminino, se deve ao fato de sentirem-se e definirem-se como “mulheres”.

As entrevistas serão analisadas individualmente, em sua ordem cronológica de modo a ilustrar a complexidade, multiplicidade e riqueza dos depoimentos.

3.3 ANÁLISE INDIVIDUAL DAS COLABORADORAS

3.3.1 **Colaboradora 1 -Malu**

Malu, 39 anos, católica, ensino médio completo, classe C. No momento, por motivos de saúde, está afastada do emprego de secretária. Diz ser independente, morar sozinha e não ter namorado fixo, apenas, ficantes. Sua cirurgia ocorreu em 1998. Relata que no período pós-operatório acreditava que tudo iria mudar em sua vida, principalmente, que iria encontrar seu príncipe encantado. Porém, conforme suas próprias palavras, tudo trancou, travou e terminou em um quadro de depressão. Buscou pelo tratamento psicoterápico e medicamentoso. Assim, diz que começou a engatilhar sua vida de novo e a acreditar que precisava cuidar mais de si mesma organizando sua vida financeira, do que pensar em ter um parceiro. Antes, pensava que o mais importante era a vida afetiva; porém, percebeu que não é. Hoje está mais centrada, gosta mais de si mesma e sentindo-se feliz; diz que não sabia onde estava a verdadeira felicidade. Em 2001, fez a cirurgia da proeminência da laringe, e o seu nome e sexo foram retificados no Registro Civil.

Malu nos relata em seu depoimento sobre a **descoberta do corpo transgenitalizado:**

> *[...] fui tomando gosto de tocar no meu próprio corpo, fui me procurando, fui encontrando zonas erógenas, principalmente, na própria vagina porque eu não sabia, não tinha certeza se ela funcionava, então, foi uma coisa assim... que eu fui chamando, e ela foi respondendo aos poucos.*

A medida em que Malu passou a buscar o reconhecimento do seu corpo, com um investimento erótico sobre o novo genital, através da automanipulação, aos poucos, pôde alcançar uma resposta satisfatória ao estímulo sexual. Foi quando relatou sobre a masturbação:

> *[...] Eu fui encontrando onde é que estavam os pontos, uma maneira legal de gozar,... quando não consigo me virar com um namorado que eventualmente eu esteja namorando, eu me masturbo, freqüentemente, tenho orgasmo normal; não tenho mais vergonha de me masturbar e ter orgasmo [...].*

E segue falando da descoberta de pontos ou regiões prazerosas que, até então, eram desconhecidos por ela e de novas sensações, como a da experência do orgasmo. Assim, pôde estabelecer uma maior intimidade com o seu corpo e, gradativamente, encontrar um modo de atingir o prazer sexual e superar a vergonha que lhe revestia para não deixar desnudar-se.

Para Benjamin (1997), a dificuldade de atingir o orgasmo, após a cirurgia ocorre para algumas mulheres transgenitalizadas. A grande maioria relata ter sensações de satisfação e prazer mesmo sem atingir o orgasmo. Metade dos casos pôde referir uma forma de ejaculação uretral pela estimulação prostática, que desaparecem com o tempo devido a atrofia da próstata.

Para o autor, existem duas explicações para esse orgasmo: ele aparece como efeito psicológico de assumir o desejado papel de gênero feminino em um relacionamento e/ou ocorre devido a manutenção da sensibilidade das terminações nervosas da bolsa escrotal que dá origem aos lábios vaginais e da pele e glande do pênis, que agora formam a neovagina.

Segundo Cury (2003), no processo de reconhecimento do corpo, algumas mulheres descobrirão que têm a sensibilidade em toda a extensão da vagina até o seu fundo – território sensível da neovagina em que se encontra fixada a glande, que fica na intimidade da próstata e da vesícula seminal, órgãos de sua estrutura biológica que foram preservados, e que passa a ser importante foco do prazer.

Para Verde e Graziottin (1997, p. 148), o componente sensorial do orgasmo é provavelmente a inervação proveniente da estimulação prostática e das fibras sensitivas da mucosa da glande e do condutor externo, considerado o motor do orgasmo; esta estimulação

sendo expresso pelas contrações rítmicas e involuntárias do músculo bulbo-cavernoso e do elevador do ânus que são preservados.

Para Moreno (1980), o indivíduo no desempenho de seus papéis fisiológicos vai, pouco a pouco, identificando-se com determinadas zonas corporais e experienciando um corpo parcial que lhe proporciona uma sensação de singularidade como pessoa. Essa vivência unitária e subjetiva do corpo pessoal e próprio vai levando, gradativamente, o indivíduo a formar uma imagem de si mesma.

O uso auto-erótico do próprio corpo representa, desde a infância, uma modalidade importante na projeção de si mesmo e na integração dos genitais na construção da imagem corpórea. No indivíduo transexual, esta experiência precoce de um corpo sexuado é, em geral, referida como ausente, pelo menos em nível consciente. Quando chega à adolescência, já afetado por uma disforia de gênero, pode vivenciar sensações de prazer provenientes dos genitais, gerando um profundo conflito, pois lhe remete a intolerável situação de sentir-se pertencente àquele sexo anatômico (VERDE; GRAZIOTTIN, 1997).

Esse drama pode tornar-se intenso, a ponto de ele chegar a ter vergonha de seus genitais e, em geral, manter com o seu corpo uma relação de distanciamento e impessoalidade (PINTO; BRUNS, 2003). Nesse sentido, segundo Vitale (2007), a vergonha protege as fronteiras do “eu” e funciona como uma defesa contra as violações desse “eu”, ao mesmo tempo em que sinaliza para o outro as áreas que não devem ser invadidas.

> *[...] só que eu não tenho mais vergonha de nada, sabe? De me tocar, de me pegar, de passar a mão, de sentir prazer comigo mesma, e muito mais... hoje, eu tenho em mim alguma coisa que faz parte do meu corpo, entendeu? Integrada, hoje eu gozo com o meu próprio corpo [...].*

Após a cirurgia, começam a estabelecer uma relação harmônica com seu corpo e a investir neste novo corpo. Atribue um novo significado a ele, representando um momento

essencial de integração entre a identidade biológica e a psicológica, permitindo, a ação da sua sexualidade.

A relação com o corpo vai se estruturando a medida em que vai passando a ter consciência da sua nova genitália, de seus sentimentos e sensações corporais, incorporando e organizando as suas novas vivências, posicionando a sua identidade no mundo. Para Dias (2006, p. 58) "[...] a identidade é a principal referência psicológica que o indivíduo tem em qualquer momento da vida (...) e serve de localização psicológica, na sua relação com as pessoas, consigo próprio e com o mundo em geral".

E nos remete a **temporalidade da relação sexual após a cirurgia:**

> *[...] a princípio, eu achava que seria assim: a mulher teria o marido, né? Que a minha vida sexual estaria resolvida e minha vida afetiva mais ainda, mas aí eu tive alguns problemas de adaptação com o novo órgão, né? Então, eu não estava conseguindo ter orgasmo, algumas coisas estranhas estavam acontecendo, mas, ainda assim, eu esperei sete meses até ter a primeira relação.*

Em seu discurso, nos remete a visualização que fazia antes da cirurgia, centrada na expectativa construída em relação do encontro consigo mesma e com o mundo, reproduz um modelo idealizado do papel social de gênero da mulher, fixado ao padrão cultural da heteronormatividade.

A colaboradora, ainda relata dificuldades de adaptação ao novo órgão e atingir o orgasmo. De um modo geral, as mulheres transgenitalizadas esperam por uma satisfação e prazer imediato após a cirurgia, se isso não ocorre, referem frustações com um certo estranhamento, como revelou o discurso. O processo de recuperação física e estética costuma prolongar-se por um período de aproximadamente de seis mêses e, nessa fase, elas ficam excessivamente preocupadas com a aparência da sua vagina e com questões como profundidade e sensibilidade vaginal suficientes para o coito e prazer sexual.

> *[...] Quando eu tive a primeira relação sexual com penetração com o namorado, certinho, bonitinho, a sensação foi muito boa foi de realização mesmo; mas eu não tive orgasmo, não gozei, né? Mas, a gente fez tudo que podia fazer, sexo anal, todas as maneiras que você pensa, e foi muito mais gratificante porque, desta vez, eu podia estar de frente para o parceiro. Ele estava me tomando como mulher, e eu agindo como mulher como sempre quis, não me escondendo, escondendo meu corpo para o parceiro [...].*

Após a cirurgia, à medida que a mulher transgenitalizada vai se familiarizando com o seu corpo, surgem outras possibilidades de experienciar novas formas de obtenção de prazer, que variam de cada caso, sem a necessidade de chegar ao orgasmo. Segundo Verde e Graziottin (1997), algumas mulheres pós-operadas, podem demorar a ter suas primeiras excitações sexuais, especialmente se estavam sexualmente inativas ou assexuais devido à sua angústia de gênero. Porém, estas mulheres também irão, gradualmente, experimentar excitação genital, o desejo sexual e, por fim, atingir uma libido saudável.

A gratificação proveniente da relação sexual é evidenciada pela colaboradora quando esta relata poder estar de frente para o parceiro, posição esta jamais permitida antes da ciurgia e de fundamental importância para que sua identidade de gênero seja confirmada pela pessoa por quem ela nutre sentimentos.

E segue falando sobre **a vivência do papel afetivo-sexual:**

> *[...] então, afetivamente, quando eu me encontro com alguém e eu estou digamos, assim, nua, estou despida de máscara de esconder as coisas, eu estou ali, estou vivendo, vivendo e aproveitando o máximo, o máximo possível dessa relação, dessa experiência que está acontecendo.*

A necessidade de ser aceita e reconhecida ou de assumir a sua identidade, muitas vezes, impede a expressão espontânea, por meio de recursos defensivos (representar papéis ou personagens) pelo temor de que seu estigma seja revelado e, para que o seu “eu” seja preservado.

Segundo Dias (2006) na medida em que o indivíduo começa a experimentar "se mostrar ou se despir em seus disfarces", vai acumulando vivências reais de ser aceito e acolhido pelo mundo. Entretanto, com esse mecanismo de experimentação, entre a sensação de não pertencer e à vivência de pertencer, acabam por soldar a cisão do "eu". Essa cisão do psiquísmo, está localizada na sensação de não acolhimento que teve sua origem em uma fase primitiva e sendo registrado no seu psiquísmo, o que faz com que o indivíduo sinta um medo de que seu "eu" seja destruído, precisando de disfarces para protegê-lo.

Segundo Freire (2000, p. 18):

> [...] é no reconhecer-se por meio daqueles que o espelham que esse psiquismo pode reconhecer o corpo que lhe é próprio e pessoal. É essa necessidade de ter reconhecido seu corpo como privado que, se satisfeita permite o surgimento da sua real identidade e faz o indivíduo sentir-se mais confortável no seu papel de gênero.

Segue o seu relato nos falando sobre a satisfação pessoal:

> *[...] então, acho que, assim, em termos de crescimento, foi 100%, principalmente porque eu descobri que eu posso me amar, antes de ter que ser amada por um homem, o que é mais importante, eu saí da cirurgia pensando assim: agora eu vou casar, vou ter minha casa, vou adotar uma criança, vou ser feliz com meu marido, com o príncipe encantado [...].*

Evidencia-se a confirmação da identidade que ocorre sobre o papel de gênero e a fantasia que prevalece de união romântica, na qual a mulher realiza-se como perfeita dona de casa, mãe e esposa atenta as necessidades e aos desejos do companheiro, nos remete aos arcaicos estereótipos de gênero, recordando uma época de subordinação das mulheres (BENTO, 2003).

Segundo Chiland (1999) uma das características dos/as transexuais é a reprodução dos estereótipos de gênero. Para obterem mais segurança no processo de sua inserção no papel

social de gênero, é certo que muitas mulheres transgenitalizadas tentam reproduzir o modelo da mulher submissa, pondo em destaque traços identificados com as normas de gênero.

Podemos compreender, pelo que o discurso nos revela, que a mulher transgenitalizada começa a tomar o papel (*role taking*) e treiná-lo (*role playing*), para isso necessita retomar a um modelo de papéis de gênero com prescrições pré-estabelecidas, conservados ou cristalizados, para depois poder criá-lo (*role creating*) enriquecendo-o e modificando-o, podendo assim, vivenciar o seu papel de maneira mais espontânea e criativa.

Esse modo de atuar conservado em um papel social, segundo Perazzo (2007, p. 181) falta ao indivíduo espontaneidade, que são vivenciados sem nenhuma ou pouca criatividade, ou seja, seu comportamento é conservado, preso a conservas ou esteriótipos culturais, a antítese da criatividade, diz o autor.

E segue nos remetendo a seu depoimento a uma concepção que vai ao encontro do senso comum, de que homens pensam diferente.

> *[...] homem não é um príncipe encantado, homem é só homem, né? E eles têm um modo de pensar totalmente diferente da gente... eles vêem como uma forma de ter alguém para eles transarem, digamos assim, politicamente correto, né?.*

Com a afirmação “diferente da gente”, a colaboradora tece uma cumplicidade identitária em seu discurso, no sentido em que põe em funcionamento as expectativas construídas socialmente para os gêneros (BENTO, 2003). Mas, a quem se refere quando fala “da gente”? Quais seriam os elementos identitários que a fazem nomear como “da gente”?

Esse discurso nos remete a uma posição de mulher idealizada, demarcada pela valorização da diferença sexual. Em oposição ao gênero, que implica uma idéia de igualdade, permite que homens que possuem distintas identidades, desejos e origens sociais, partilhem de um sentimento comum de diferença sexual, isto é, de fazerem parte de um meio social que se

define como uma alternativa às normas heterossexuais dominantes (NUNAN; JABLONSKI, 2002).

Segundo Zambrano (2003), reproduzem idéias esteriotipadas para a construção de sua identidade, aproximando-se das representações da "natureza" da masculinidade e feminilidade. Esta insistência dos transexuais em serem o mais "normal" possível, representa que sua concepção, paradoxalmente provém de um pensamento essencialista psicológico.

> *[...] hoje, não tem nada melhor do que a de hoje... deitar pra dormir e encostar nele, ele de costas para mim e eu poder abraçar ele, e não ter que se encolher com medo, como quem diz assim ...opa! tira esse negócio daí de traz, né? porque geralmente quando antes deitava atrás do homem e abraçava ele, dava aquela encolhida no bumbum, hoje não, é uma coisa super natural, a gente deita junto, dorme junto, não tem mais aquela frescuraiada.*
>
> *(...) Antigamente, ...eu não dormia com medo de ter uma ereção, dele ver alguma coisa assim, entendeu? Passava a noite inteira meio que acordada, na hora de transar era um horror.*

Malu, ao falar de seu relacionamento, se reporta a prática sexual antes da cirurgia, dirigida a pessoa do outro sexo, ou seja, heterossexual. Enquanto no seu psiquismo se sente mulher, refere o temor de possuir um corpo inapropriado. Para Freire (2000), como o psiquismo se expressa por meio do corpo, vem afirmando e reafirmando que o corpo é o porta-voz de uma verdade inconsciente que busca revelação.

Na atividade sexual, a tensão também se fazia presente, quando Malu descreve o receio do parceiro em relação ao seu órgão genital. Nota-se em seu relato várias estratégias de simulação, mediante a utilização de técnicas para que o parceiro não perceba seus genitais, possibilitando sobreviver no campo social fundamentado na heteronormatividade.

O homem heterossexual geralmente tem medo da homossexualidade. Segundo Costa (2005), ele passa a vida inteira ouvindo de seus pais e do mundo que deve ser homem e que a

idéia, mesmo remota, de que possa sentir “algo” por “outro homem” seria terrível. Questão esta que nos faz indagar sobre este homem que escolhe se relacionar com mulheres transexuais.

Segundo Verde e Graziottin (1997), o sexo biológico continua condicionado em nível inconsciente a sexualidade e a escolha do parceiro (*partner*). Essa escolha teria dois significados: o de satisfazer o seu impulso sexual bológico ou simbólico de ter um “protetor”, do qual ainda se tem necessidade ou de fazer parte do próprio eu que não conseguiu integrar-se durante a infância.

> *[...] Agora não, eu tenho uma liberdade, não sei te explicar, é muito gostoso levantar pelada correr para o banheiro e ele vir atrás tomar banho sabe assim, poder andar a vontade dentro da casa, ter vida, poder viver, não ter que ficar me escondendo, ficar me enrrolando na toalha da vida, que nem fazia antigamente, né?...vivo uma vida super gostosa [...].*
>
> *[...] hoje eu tenho assim uma segurança, eu ando feliz pela rua. Dentro de casa, eu ando pelada, eu converso, eu faço o que tenho que fazer, parece que sem máscara, entendeu? E eu fui percebendo isso, percebendo, também, a minha condição de transexual, assumida conhecida, vista na televisão, e tudo mais.*

Malu, remete-se a vivência do **papel social de gênero**, não mais aprisionada em um corpo que não sentia ser seu, mas agora com liberdade para expressar esse corpo, mais uma vez, sem os disfarces e sim pela vivência real de pertencer ao mundo. Coloca-se em um lugar de extrema visibilidade, na expressão pública do seu papel feminino, da forma como classificou Goffman (1980), em indivíduo desacreditado, cujo estigma é imediatamente evidente ou já conhecido pelas pessoas à sua volta.

Em seguida, sua revelação do <u>papel social de gênero estigmatizado:</u>

> *[...] Às vezes, barra alguns homens de ter alguma coisa séria, né? Então, às vezes fico pensando, poxa vida! (...) que nem o rapazinho que eu namorei,*

> *há pouco tempo atrás, ele largou de mim pelo fato de ser transexual; no entanto, hoje ele está namorando uma travesti... porque que eu estou estragada nesse ponto e ela não? Aí não, ele já me confessou que ele deixou penetrar e gostou,... não era bem uma mulher que ele queria, né? Então, eu já vi que também não é comigo que está o erro, nem nele, é uma coisa assim que eu aprendi a não ter mais drama com a relação sexual, eu aprendi a não ficar mais assim pensando só nisso, como é que vai ser, como é que eu vou me desenvolver, eu me solto né?*
>
> *[...] tem muitos meninos que têm curiosidade, principalmente, ali perto de casa. Depois que descobriram que eu moro sozinha, às vezes vão pedir uma chave. Que nem, ontem mesmo, foi um menino lá, foi pedir uma chave de pressão para abrir um negócio de torneira lá. Aí na hora de me devolver, ele perguntou assim: beijo de transexual é diferente? Eu falei: não sei por que? Ele falou: eu queria tanto saber; aí deu um beijo. Então, é mais ou menos isso, às vezes rola alguma coisa a mais, mas eu nunca deixo chegar, assim, penetração. ... essas coisas, só para eles poderem perceber que uma mulher transexual é igual a qualquer uma, e, no fim, eles acabam tendo a mesma amizade por mim do que tesão, ou então curiosidade [...].*

Malu evidencia nos seus relatos que apesar da visibilidade, busca a confirmação de sua identidade quando procura justificá-la pela diferença de seus pares (gays, travestis). A forma de vivenciar essa identificação é reforçando as margens, reproduzindo os insultos do tipo “não é comigo que está o erro” como forma de se diferenciar, respondendo assim, as normas de gênero (BENTO, 2003).

Seu discurso evidencia a questão do estigma, uma estratégia de enfrentamento do preconceito social contra a sua diferença, o desejo de passarem despercebidos dentro do papel de gênero da mulher ou mesmo treinarem (*role playing*) o papel. A maioria ds transexuais pensam terem sidos vítimas da natureza, carregam um sentimento de legitimidade social e o seu comportamento não implica nenhum tipo de desvio moral, como o atribuído por elas aos seus pares (ZAMBRANO, 2003).

Passamos agora à expressão da identidade de gênero explicitada nos seus relatos:

> *[...] e aí, é o que eu quero porque eu quero que essas pessoas compreendam o que eu estou compreendendo. Agora, eu sou transexual, eu sou uma mulher normal, que tem uma vida normal, que, graças a Deus, não mênstruo, mas assim, que eu estou de bem comigo mesma, tá? Eu não tenho mais que ficar pensando, na hora que eu for pra cama com o namorado, se eu vou ficar excitada com o pênis ereto. Não, eu vou ficar excitada, como eu costumo falar como uma amiga minha, com a buceta dura.*
>
> *[...] Então, ... hoje a minha vida, meu modo de viver, de me relacionar comigo mesma se tornou uma coisa só, uma coisa muito simples, é tudo muito simples, eu sei como funciona, eu sei como vai ser, eu sei o que eu gosto, eu sei o que eu quero que faça comigo, eu sei o que eu quero fazer quando eu estou com ele. Então, é muito mais gostoso; antes não, antes era tudo muito... muito bagunçado [...].*

Depois das mudanças corporais desejadas, elas se delocam nas suas posições identitárias, ora a de “ser transexual, ora a de “ser uma mulher normal”. Essa transitoriedade, segundo Bento (2003), nos permite pensar que há pontos aos quais elas se fixam e entre os quais elas se deslocam. Esses pontos estão afirmando posições identitárias entre a que já lhe deu sentido provisório para a sua vida e a que busca hoje, para firma a sua identidade de gênero que aparece em disputa com esse corpo-sexuado.

Em seu depoimento, a sua identidade subjetiva apresenta referência baseada no biológico, mesmo vivenciando o seu papel de gênero de mulher transgenitalizada, que aparece em constante processo de construção, precisa ressignificar essa identidade e para isso, retoma algumas performances de gênero que servem de parâmetro para confirmar a sua atual identidade, estabelecê-la para que seja aceita.

E sintetiza o seu depoimento nos remetendo ao que chamamos aqui de **a temporalidade da vivência de mulher transgenitalizada:**

> *[...] Sintetizando bem, a minha vida sexual e afetiva, pós-cirurgia, se resumem muito em mim mesma. Primeiro eu de estar satisfeita comigo mesma pra, depois, poder satisfazer o outro, porque não adianta nada eu*

> *não estar gostando de mim e eu não vou conseguir gostar de ninguém. Eu não sabia disso, eu achava que alguém é que ia me trazer felicidade, e no meu caso não foi, fui eu mesma que acabei encontrando... mas acabei encontrando, eu acho que é isso aí.*

Para Verde e Graziottin (1997, p. 149), nos transexuais pode emergir uma necessidade afetiva muito forte e de conquista de um papel de gênero reconhecido. Sintetiza a sua fala para a satisfação pessoal com a transgenitalização, onde se reconhece hoje, em sua singularidade.

3.2.2 **Colaboradora 2 - Gisele**

Gisele, 39 anos, espírita, ensino fundamental completo, classe A_2, diz ter encontrado muita dificuldade em arrumar um emprego após a cirurgia, procurou trabalho até em outras cidades. De volta para a sua cidade, montou sua casa e, anexo, um salão de beleza. Mas, diante das dificuldades, teve que fechar o salão e voltar para a casa de seus pais. Atualmente, ocupa uma vaga de secretária em um órgão municipal da sua cidade. Na época da entrevista para coleta dos dados deste estudo, sua cirurgia havia sido realizada há quatro anos (em 2001). No período pós-operatório ela apresentou problemas na uretra e foi necessário submeter-se a uma cirurgia corretiva em São Paulo, desta vez bem sucedida. No momento, está sem parceiro fixo. Confessa ter muita preocupação com a aparência de sua vagina, optando por não ter parceiros. Ela conseguiu que seu nome e sexo fossem retificados, no Registro Civil.

Gisele, ao iniciar seu depoimento, remete-se **a descoberta do corpo transgenitalizado:**

> *[...] No começo, ...tudo é novidade, o toque, o banho, ficar na frente do espelho... Era maravilhoso, as sensações diferentes,... eu já estava diferente, era uma coisa bem mais leve, né? Enfim, muito bom, a sensação é muito boa, de liberdade total [...].*

No seu depoimento relata que foi experienciando o corpo através do seu reconhecimento, da descoberta de sensações prazerosas, de conquista e apropriação dele, que agora sentia ser seu. Esse é um processo de liberdade necessária para a sua obtenção do prazer. E segue nos dizendo que:

> *[...] a vontade que a gente tem é de falar pra todo mundo, né? Que é mulher, a sensação é maravilhosa, depois com o tempo... a gente acaba se acostumando, e hoje, depois de quatro anos e meio,... eu até esqueço que eu tenho vagina porque para mim é tão natural, é... a minha integração com ela, a minha convivência com ela foi uma coisa tão natural que eu até esqueço dela, esqueço totalmente... é natural pra mim, é como se eu tivesse nascido com ela hoje. A sensação que eu tenho é que eu nasci com ela, faz parte do meu corpo desde quando eu nasci. Eu não consigo me ver sem ela e não consigo me lembrar um dia não ter tido ela, é natural [...].*

No processo de reconhecimento do seu novo genital, naturalmente vai percebendo-se em integração com o seu corpo. Exprime um sentimento de muita satisfação, a ponto de querer revelar ao mundo a sua constatação de ser mulher e de ter vencido a sua discordância de gênero, colocando-se em um lugar de extrema visibilidade.

Os dizeres de Naffah Neto (1980, p. 22), esclarecem tamanha perplexidade "[...] quando falamos em reconhecimento, estamos querendo significar, basicamente, a possibilidade de se desenvolver e conquistar uma identidade própria e distinta, uma corporeidade singular e não a pura expressão de desejos e expectativas alheios".

Segundo o autor, aos poucos o indivíduo vai se identificando com certas zonas corporais e experienciando o corpo parcialmente, unificando suas vivência para poder conquistar uma vivência unitária do próprio corpo.

Em seu depoimento, Gisele relata a cerca da **temporalidade da relação sexual após a cirurgia**:

> *[...] a primeira experiência pós-cirúrgica eu acho que... foi pouco traumática pra mim no sentido de que tinha medo, né? não sabia como usar, mas foi interessante, eu tinha o parceiro já. Antes de operar eu já estava com ele; então, na primeira vez, foi com ele... já depois da primeira tentativa frustrante, a segunda já foi bem melhor, me senti mais à vontade e foi tudo bem. Enquanto eu estive com ele, a nossa relação afetiva e sexual era normal. Era, pra mim, foi bem mais, foi bem melhor, me senti mais à vontade, mais livre, me senti mais liberta.*

Revela o sentimento de desconhecimento do funcionamento do corpo transgenitalizado, principalmente, do novo genital. No caso da nossa colaboradora, sua primeira experiência pós-cirurgia foi com um namorado com quem ela já se relacionava antes da cirurgia, sendo comum as sensações que poderiam ser boas e agradáveis ganharem contornos de frustrações e medo, devido as expectativas imediatas de satisfação sexual.

Segundo Benjamin (1966), após a cirurgia, alterações emocionais e afetivas positivas são mais pronunciadas do que as físicas. Essas podem ocasionar certo desapontamento e frustração, devido ás dificuldades na função sexual, situação que pode ser melhor resolvida quando se tem um parceiro fixo ou conhecido.

O fato de a primeira relação sexual após a cirurgia ser com um parceiro conhecido reduz o constrangimento e possibilita um melhor relacionamento afetivo-sexual. Fato constatado por Gisele, que relata que a medida que foi vivenciando a sua nova sexualidade, sentiu-se mais confortável e com confiança em si mesma e no parceiro.

Dando continuidade ao seu relato, agora em um novo relacionamento, a colaboradora expressa **o temor da revelação da identidade de mulher transgenitalizada:**

> *[...] eu tinha um rapaz que eu conheci de fora e a gente eventualmente saia, né? E ele veio pra cá, e aí, inevitavelmente, tivemos que ir para o motel. Foi a primeira vez que eu entrei num motel, eu nem sabia como era, e aí fiquei intimidada com o ambiente, né? Aquele monte de espelhos, e eu tendo que*

> *falar meio que disfarçando, né? pra ele não ver que a vagina está com alguns defeitos físicos. Então, assim, eu não me senti muito à vontade*
>
> *(...) no outro dia eu fiquei com muito medo, de que ele descobrisse e que fosse me fazer algum mal, sei lá, me agredir fisicamente porque não consegui me relaxar, também, é porque a partir do momento que ele descobrisse... eu tinha medo que ele poderia concluir alguma coisa errada... então só eu sei, me encontro super tensa [...].*

A vivência relatada com um novo parceiro, vem caracterizada pelas expressões atuais, demarcadas por relações transitórias e fulgazes as quais a fazem com que sofra angústias inerentes a situação. Apesar da curiosidade de experienciar situações novas, ela preocupa-se com a possibilidade de ser reveladas suas características físicas, que exprimem sua identidade social, depreciada por ela própria.

Remete-se ao medo que a invade de ser descoberta e encontrar-se em situações de ameaça e/ou perigo. Medo este que a levou a criar e desenvolver mecanismos de sobrevivência psíquica e social, manipulando informações que, segundo Nunan (2003, p. 74), revelariam o grau de risco que o seu estigma representava para ela e o temor de que a sua identidade fosse revelada inadvertidamente. Nessas situações, o estigmatizado pode ter a sensação de não saber aquilo que os outros estão realmente pensando ou sentir-se em exibição.

> *[...] é, teve momento eu acho até dele sentir alguma diferença na vagina, mas tentei disfarçar e acabou que passou, mas foi complicado, foi... que eu não gostaria de ter novamente não, eu inventei uma história pra ele que eu tinha um problema na uretra né, que eu fiz uma cirurgia que não deu certo, ai minha vagina ficou um pouco inchada, que por conta disso, do inchaço, até hoje, ela tem problemas e que eu ainda vou resolver ou passar por uma cirurgia pra resolver isso, só pra justificar, né? o defeito que eu tenho na vagina, aquele lado que ficou mais inchado, mas foi isso que eu disse e ele acreditou e tudo bem [...].*

Essa situação, é uma das mais temidas pelas mulheres transgenitalizadas, principalmente, quando apresentam alguma complicação cirúrgica. Elas tornam-se excessivamente preocupadas com a aparência e a funcionalidade de sua vagina, o que as leva a um quadro de tensão diante da possibilidade de um encontro afetivo-sexual. Entretanto, corroborando esta constatação, vemos que uma das alternativas, como estratégia discursiva, que Gisele encontrou para explicar ao parceiro a sua condição, foi dizer a ele que tinha um problema na uretra.

O temor relatado por Gisele representa para algumas mulheres transgenitalizadas uma pressão crescente para que elabore mentiras, evite revelações e, assim, sobrevive no campo social. Para Goffman (1980, p. 13), a manipulação de informação oculta que desacredita o "eu" é denominada *encobrimento*.

Para Dias (2006, p. 96), essa situação gera uma angústia muito grande de sobrevivência que Laing, segundo o autor, chamou de angústia ontológica, vivida como uma sensação de permanente ameaça de morte e destruição, que funcionaria assim: "[...] Eu não sou acolhida e não pertenço, portanto, não posso ser vista ou pressentida e, se isso acontecer, serei aniquilada e destruída. Então tenho que viver, mas sem dar a impressão de que estou vivendo, e assim vivo me disfarçando".

Para o autor, sem esses mecanismos de defesa, ocorreria um contato fusional em que o seu "eu" se fundiria com o da outra pessoa, causando a sua própria destruição. Dessa modo, a forma mais eficiente de lidar com essa angústia disfuncional é a de evitar o contato com as pessoas ou permitir que essa contato só ocorra quando estiver devidadamente protegida pelos seus mecanismos de defesa, como nos mostra na seguência do seu depoimento:

> *[...] Era fácil com meu parceiro inicial lá, porque ele já sabia da minha história; isso me deixava mais à vontade, e ele gostava do jeito que eu era, não importava os defeitos físicos. Ai, então, pra mim era mais fácil, era mais cômodo, era mais tranqüilo, depois disso,... eu fiquei com muita dificuldade*

> *de me entregar para um outro relacionamento, é, e também me entregar também na cama, dá tipo um medo. Então, esse é o motivo da minha opção de não querer, nesse momento, ir pra cama com ninguém, nem me relacionar, nem ter um namorado que, conseqüentemente, eu vejo que vai acabar na cama, mais cedo ou mais tarde, isso, vai acontecer; então, eu prefiro que isso não aconteça.*
>
> *[...] A gente cobra muita perfeição, eu tenho muito medo de ser descoberta, de ser agredida não só fisicamente, mas verbalmente, desrespeitada, ...aí está a minha opção de não querer ir pra cama com ninguém pra evitar esse medo que eu corro de ser descoberta, passar por constrangimento [...].*

O que Gisele refere a "defeitos físicos" são complicações ocorridas no pós-operatório, que deixaram evidências estéticas e que prefere ocultar. Seu discurso nos revela que com o parceiro conhecido ela não sofreria tanto com a revelação de seu estigma ou mesmo com a exposição de sua vagina, a qual ela deprecia.

Essa situação denota um desgaste psíquico muito grande decorrente da insegurança em relação à maneira como poderá ser identificada e recebida pelos demais, e o medo de que os outros possam desrespeitá-la pela sua característica. Esse sentimento reflete na apreensão do seu "eu corporal externo", que rege a consciência da imagem que ela faz de si, ou seja, a forma como se percebe externamente.

Para Fonseca (2000), a auto-imagem mal delineada oscila entre a grandiosidade e a desvalorização catastrófica. Os indivíduos com transtorno de identidade alternam entre o "eu ideal" e o "eu", este considerado um fracasso, ou são os melhores ou os piores, buscam confirmação de sua existência e o valor de si mesmos por meio dos olhos do outro. Criam uma dependência em relação à pessoa que lhes é significativa e os complementa narcisicamente. Feridos na matriz de identidade tentam diminuir sua dor por intermédio de dinâmicas relacionais que tem como modelo as prescrições do ego ideal, única possibilidade de permitida de continuar sua existência.

Segue o seu discurso nos remetendo **à vivência do papel afetivo-sexual, em que** Gisele revela sua satisfação pessoal**:**

> *[...] sem dúvida, melhorou 100%.. Eu tinha aquele medo de me esconder... agora, depois disso, eu tive outras experiências com outros parceiros que também foi, foi até melhor porque os outros não sabiam da minha história, né? Então, foi melhor, eu me senti mais à vontade e pra mim super natural, não teve nenhum constrangimento, não teve nenhuma suspeita por parte dele. É, o tratamento eu acredito que igual ao que outra mulher tem... então, foi bom, foi, as outras experiências foram boas, foram boas.*

Ao relatar sobre a sua satisfação pessoal ocorrida após a cirurgia e da experiência de se relacionar com parceiros que desconhecem a sua história de vida, desvela que ainda prefere o encobrimento como forma de não revelar a sua verdadeira identidade e, assim, evitar constrangimento.

Desse modo, o estigma pode ocultar duas perspectivas problematizadas por Goffman (1980, p. 14): a característica distintiva da mulher transgenitalizada ou já ser conhecida ou imediatamente evidente; e, tal característica não ser nem conhecida e nem perceptível pelo outro. No primeiro caso está mulher transgenitalizada está lidando com a condição do desacreditado, no segundo com a do desacreditável.

Na passagem a seguir, a colaboradora nos fornece um exemplo concreto do grau do seu estigma. Segundo Nunan (2003), uma forma de lidar com a angústia é responder, antecipadamente, por meio de uma capa defensiva, com conformidade ou retraimento, prejudicando gravemente qualquer relação interpessoal, desde as mais superficiais até as mais íntimas.

> *[...] Eu não tenho uma vida sexual ativa, nunca tive muito uma vida sexual ativa como eu vejo muito por aí, sempre fui mais reservada,... nunca fui de ter muito fogo. Agora, menos ainda porque com todas preocupações do dia a dia, né?... acabei optando eu mesma... de não querer me envolver com*

> *ninguém e também não me relacionar sexualmente com ninguém, é uma opção minha, mas assim, com relação ao meu sexo, à minha vagina eu não tenho problema nenhum, apesar dos problemas que eu tive com a cirurgia, é, mas, me dá muito prazer, mesmo não usando, mas só de tê-la já é prazeroso [...].*
>
> *(...) Eles não se contentam só com isso, né? Chega uma hora que eles querem aí fica difícil, eu até tento falar não até onde dá, mas chega uma hora que não dá mais e a maioria das vezes eu acabo cedendo por vontade dele, não minha, que por mim eu não faria sexo com ninguém por muito tempo, eu passo, eu passo muito bem... ás veze, eu acabo cedendo por vontade dele não por mim, por minha vontade.*

Em relação a essa colaboradora, com características narcísicas, nos revela um funcionamento psíquico em que tem a sensação de não acolhimento e de não pertencimento ao mundo e isso está impresso na base do seu desenvolvimento psicológico. Ao mesmo tempo em que desenvolve papéis e interage com o mundo, Gisele persiste numa forma mais regredida de que não pertence a nenhum mundo.

Esse modo de funcionamento, acarreta o isolamento devido a algumas prescrições idealizadas do ego ideal, caracterizado pela necessidade de admiração incondicional do outro e que tem sua origem no deslocamento da valorização desde o atributo idealizado à totalidade do sujeito. Dessa forma, segundo Fonseca (2000) manifesta-se em indivíduos inseguros quanto à sua identidade e quanto à consciência do valor de si mesma.

Apresentam acentuadas dificuldades relacionais com consequentes sofrimento psíquicos e dificuldades de inserção social.

Portanto, isso faz com que recorra a mecanismos defensivos atuando um papel imaginário, conservado, porém encapsulado, para manter a defesa narcísica ou até mesmo a sua integridade.

Gisele segue em seu relato reproduzindo o estereótipo de gênero de dominação-submissão, baseado em construções socialmente elaboradas, compartilhando de sistemas simbólicos socialmente significativos para o gênero feminino.

> *[...] É claro que limitação eu sempre vou achar que eu vou ter, sempre vai ter alguma coisinha que eu vou me sentir limitada, eu posso resolver todos os problemas... sempre vou achar que tem alguma coisa que não vai me deixar muito a vontade, isso é uma coisa que eu acho que vai me acompanhar sempre, eu acho.*

Nossa colaboradora nos remete ainda ao aprisionamento no papel imaginário, conservado, num discurso defensivo, com prescrições de papéis do ego ideal.

Em relação **à temporalidade da vivência da mulher transgenitalizada,** Gisele conclui**:**

> *[...] é maravilhoso não tem o que falar, o que descrever, é como, é outra história, outra sensação, depois que a gente passa pela cirurgia e vai viver a vida normalmente... é muito bom, eu descobri um segredo assim, mas pra mim era, não dá pra ficar cobrando muita perfeição, cobrar, se a gente se cobrar muito perfeição, a gente nunca vai viver. Perfeita ninguém é, a gente eu acho... que a nossa masculinidade, mas que antigamente me incomodava muito no ponto de me deixar depressiva e hoje eu... que não tenho problema nenhum, fazer o quê? Já chega os problemas grandes que eu acho que a vida já traz pra gente; então, eu não vou ficar acumulando mais. Então, isso são coisas que têm, que existem, mas que eu deixo passar despercebido.*

O significado atribuído a sua vivência, após a cirurgia, é de satisfação com a sua nova identidade de papel de gênero, porém, nos evidencia uma contradição, pois tenta suavizar, numa fala defensiva e de conformidade, a sua dor psíquica. Revela ainda que, pôde vencer a sua “masculinidade” que antes da cirurgia a aprisionava e a deprimia, afirmando que, hoje, após a cirurgia, deixou de ser problema.

O depoimento nos revela a dificuldade para Gisele significar os seus sentimentos. Embora tenha um discurso mais elaborado, estruturado de defesas psicológicas, nos revela um funcionamento de um “falso eu” ou representado por prescrições do “eu ideal”. Faz-nos pensar em um “falso eu” muito frágil, pois sucumbe às interpolações de resistências naturais da vida. O “falso eu” funciona como uma casca protetora sobre o “eu real” (FONSECA, 2000).

O que diverge o depoimento dessa colaboradora, é que ela apresenta as características narcísicas mais marcante, talvez por ter sofrido mais, por condições interno-externas, no período de formação da sua identidade.

Com a cirurgia de transgenitalização busca um significado de realização por vencer a sua discordância sexual, não significando, porém, que seja a solução final para todos os seus problemas, pois uma intervenção cirúrgica, não resolve, milagrosamente, um problema existencial profundo, como este (PINTO; BRUNS, 2003).

3.2.3 **Colaboradora 3 - Helena**

Helena, 37 anos, espírita, ensino fundamental, comerciante, união consensual, classe C. Possui um bar em sua cidade. Há 19 anos, vive em união consensual e obteve a guarda judicial de uma criança do sexo masculino, desde seu nascimento, hoje, com 12 anos. Mora numa edícula, nos fundos da casa de seus pais e demonstra boa convivência familiar. Sua cirurgia foi realizada em 1999, e o processo para retificação de nome e sexo, no seu Registro Civil, ainda aguarda decisão judicial favorável.

Dando início ao seu depoimento, Helena nos remete à sua **descoberta do corpo transgenitalizado:**

> *[...] Bom, muda, muda, né? se você for ver, porque você não tá com o órgão sexual que você tinha antes, passa por algumas coisas que estão sentindo, nessa fase acho que muda, mas nada que você ache assim assustador, ou*

> *que de repente tudo que eu esperava, eu não sei, tá tudo muito mais normal pra mim, é como se eu tivesse feito uma cirurgia pra corrigir algum defeito.*

No significado atribuído à sua vivência, a colaboradora nos remete às mudanças visíveis ocorrida em seu genital e a descoberta das novas sensações, supondo ser a mais natural. A motivação principal seria o desejo de exercer a sexualidade normal, como uma pessoa normal, com o seu sexo não mais em desacordo. A normalidade, segundo (Bento, 2003) está identificada com a heterossexualidade.

Segundo pesquisa realizada por Pinto (2002), a transexual deposita uma expectativa enorme na cirurgia, a qual representa um significado importante de integração de seu corpo com o seu psiquísmo, evidenciado no prosseguimento de seu discurso:

> [...] *Antes você... aquela coisa assim, pra você colocar uma calcinha, se você vai pra uma praia tem que por um biquíni, e automaticamente aquela coisa puxa o biquíni pra baixo, né? Então, você tem aquela preocupação de sair de dentro da água e ter que arrumar alguma coisa, você coloca uma calça justa e você sempre fica com uma coisa no meio das pernas te apertando, você coloca uma calcinha apertada, tá te apertando. E eu acho que nessa parte foi uma maravilha, não têm mais esse problema, você veste uma calcinha e ela te cabe, não tem que puxar nada, não tem que arrumar nada, se você sair na rua, não tem que ver se têm alguma coisa fora do lugar, se as pessoas estão olhando, se tá aparecendo. Nessa parte tá uma maravilha, acho que só de você por um biquíni e não ter que ficar preocupada em arrumar, já é maravilhoso, né? Eu acho que nessa parte foi ótimo.*

Helena agora faz referência à sua vivência com o novo genital que, antes da cirurgia, sentia como algo a mais em seu corpo, que lhe trazia um certo desconforto. Atribui a essa mudança um caráter libertador e a consquista de atitudes mais prazerosas, como a de poder fazer uso de roupas que gosta, sem ter de se preocupar em “esconder nada” e ser reconhecida publicamente como mulher, da maneira como se apresenta, pois, ser reconhecida como

homem ou mulher está diretamente ligado à aparência do gênero. Segundo Bento (2003) a aparência refere-se à produção de um corpo sem ambiguidade, estéticamente possível de desenvolver a heterossexualidade.

> *[...] uma coisa que mudou, é que hoje eu tenho bastante prazer, hoje eu me resolvo sexualmente, né? Antes não tinha, você entendeu? Porque eu tinha tabu, não deixava ver de frente, é aquela coisa, você é mulher, mas você tem um defeito, né? É a mesma coisa, você acha que tem orelha de abano, o seu nariz é grande, sua boca é pequena... Então, você procura não mostrar numa foto, procura não mostrar pras pessoas... Então eu acho que eu tinha esse mesmo problema com o pênis... Hoje você toma um banho, você se olha, é normal. Acho que nessa parte mudou bastante, porque você consegue ter prazer... porque é bom!*

Contatamos a imagem que fazia de seu corpo, um corpo "defeituoso" que ela não deixava o parceiro ver de frente. E relaciona esse comportamento ao das pessoas que escondem uma parte do corpo da qual não gostam, como um nariz grande ou orelhas de abano. Tal imagem é justificada por Cecarelli (1999, p. 02), em sua explicação: "[...] é como se elas, face a convicção de incompatibilidade entre aquilo que são anatomicamente e aquilo que sente ser, se encontrassem num corpo disforme, doente e monstruoso".

Este discurso converge com o das colaboradoras anteriores, que revelam a sua identidade subjetiva ainda presa a identidade biológica. A estética ajuda a construir uma imagem positiva, no entanto, ao falarem do momento atual, após a cirurgia, se mostram exultantes com a mudança desse corpo apropriado para o gênero a qual sente pertencer que, de aversivo, passou a ser percebido e reconhecido como próprio e prazeroso.

Seguindo em seu depoimento, a colaboradora nos revela a sua **vivência do papel afetivo-sexual.** Sua satisfação pessoal:

> *[...] A gente transava nos finalmente, né? e agora, três vezes por dia,... Agora, é na frente, mas continua do mesmo jeito, é na frente, mas via por*

> *trás também, ele prefere, se dá preferência, né? Mas ficou melhor pra ele, pra mim também né, porque, até então, antes eu sabia que não dava prazer, hoje não, hoje você se realiza, tendo prazer também, tem sensibilidade, porque como tá hoje, eu sabia que ia dar pra ver, é linda, tenho prazer também. Nessa parte muda pra melhor, né? Certeza, né?.*

Podemos constatar que as mudanças são para ela positivas, o sexo é mais frequente e prazeroso. Contudo, corroborando com os dizeres de Bento (2003) sobre os papéis de gênero, Helena também se investe do esteriótipo da mulher que cede, evidenciando assim sua submissão às preferências sexuais e ao prazer do parceiro. Compara a prática sexual antes e após a cirurgia e deixa clara a conquista do prazer, descoberta da sensibilidade e a satisfação pessoal que agora pode experienciar.

Sobre sua vida conjugal a colaboradora diz que:

> *[...] tava naquela fase assim, não tava saindo de casa, ele trabalhando... aí eu comecei a cansar... saía de manhã cedo, vinha almoçar e voltava pro serviço, aí chegava a noite, aquela coisa de praxe... passa no boteco tomava uma, ás vezes ele passava no bar... e teve um dia que ele ficou até duas horas da manhã jogando truco, aí eu comecei a me estressar, eu não tava agüentando. Só que ao mesmo tempo eu também estava sem os remédios, eu tava sem o hormônio, então é aquela coisa [...].*
>
> *[...] Mas quer saber de uma coisa, se você sai, eu também saio o direito nosso é igual,... e se você ir vou lá também, e se você não quiser não tem importância eu vou sozinha, você vai pra um lado eu vou pro outro. Toda sexta feira eu vou sair, se você não sair, você fica e eu vou, ou você vai pra outro canto, eu vou pro barzinho. Eu nunca pedi nada cara, eu não sou uma pessoa nojenta, sabe? De querer sair sozinha... não tenho liberdade, de jeito nenhum [...].*

A narrativa de sua vida conjugal revela os seus jogos e as negociações entre ela e o parceiro. Podemos identificar as desigualdades de gêneros, as disputas de poder e o papel de subordinação, que estão constituídas e legitimadas por processos de naturalização que, ainda

hoje, determinam a heteronormatividade nos papéis de homens e mulheres e, aqui vem demarcadas pelas mulheres transgenitalizadas. Há momentos em que, Helena aciona claramente uma postura reconhecida como tipicamente masculina, em detrimento do não funcionamento da negociação, adotando um comportamento dominante, poderoso e agressivo (ZAMBRANO, 2003).

Na seqüência revela o sentimento de ciúmes do parceiro:

> *[...] Agora ele ficou mais ciumento, né? Você vai colocar uma saia ele não gosta, entendeu?, dependendo do jeito que você senta fica olhando... Sabe, eu falo pra ele "... eu que deveria ter ciúme, né? porque pelo serviço que você tem e tudo lida com tudo que é tipo de pessoa". Então, eu não tenho esse tipo de ciúmes e... ele já tem, dependendo da pessoa que chega em casa, pode ser o irmão dele conversando ele muda, entendeu?*

Helena nos fala de sentimentos que foram surgindo na relação apartir da cirurgia. A medida que foi assumindo o seu papel de gênero feminino, passou a sentir-se feminina e expressar sua feminilidade que a legitima. Isso gerou no parceiro o ciúme acentuado ao reconhecê-la como tal e as relações de gênero e de poder foram se entrelaçando na vida do casal. Segundo Verde e Graziottin (1997), o significado do companheiro em toda relação do casal é o de representar o espelho que reflete e confirma a identidade sexual, biológica e psicológica do outro.

> *[...] Sabe, ele perguntou que parte ele vai querer ver em você? (se referindo ao médico) eu falei, se ele quiser ver é normal, é o meu médico, ele que fez a minha cirurgia. É ele quer botar o dedo, não sabe?(respondeu ele) Aí chamei pra vir junto, mas ele tem que trabalhar né, coitado,... E daí no outro dia ele já foi e comprou meu remédio, mandou manipular o estrógeno, daí chegou de novo na sexta feira duas e meia da manhã. Eu falei normal, a gente não vai brigar, não vamos discutir... Não vou, sabe? Eu não vou ficar ligando no celular porque ou você desliga o celular e eu não tô vendo... Então, não vou encanar, não vou me preocupar, e outra, eu vou pra um barzinho, daí eu fui*

> *pra barzinho e cheguei quatro e meia da manhã, ele chegou duas e vinte e eu quatro e meia. Ou vai ou racha!*

Verde e Graziottin (1997) afirmam que mesmo nos casos de relacionamentos estáveis de transexuais, o ciúme parece de alguma forma presente em maior intensidade nos transexuais MtF, do que nos FtM. E pode chegar a permanecer numa ferida sobre a identidade sexual que torna essas pessoas mais vulneráveis às possibilidades de traição ao companheiro.

> *[...] Amor vamos tomar umas três ou quatro cervejas, vamos comer alguma coisa, vamos? Se tiver que escolher um passeio no shopping ou boteco, eu prefiro boteco do que ver vitrine. Eu sou assim, se diverte mais, Ta? Então, a gente vai sair... ele parou de novo, sem acordo. Esse acordo tem e vai fazendo, mas aí é assim, ele vai cedendo, daqui a pouco ele muda totalmente, aí o que aconteceu, esses tempos agora nós largamos, a gente passou quatro dias largados, aí ele chegou em casa e eu falei, vamos sair? Não, não vamos. Eu sai e ele falou que eu não estava. Aí quando o pai dele chegou de moto, sabe, de moto ele quis ir atrás, aí ele foi pra outro canto e eu fui pro barzinho. Cheguei cedo, dez e meia, mas aí a gente começou a discutir... A gente tem 19 anos de casado, acho que ele tinha que ter consciência, então eu tô assim, né?*
>
> *(...) Aí é assim sabe, ele foi embora, foi pra casa da mãe dele, aí todo dia ele vai em casa, duas, três vezes ao dia. Aí ele dormiu em casa, ficou quatro dias, aí quando foi na quinta feira, eu falei vamos sentar e vamos conversar, eu falei, o negócio é o seguinte, eu tenho uma amiga... e eu não quero pra minha vida o que ela tá levando. O marido dela tá solto na vida, fazendo o que ele quer e ela tá socada dentro de casa e ele tá aí... Eu não quero isso pra mim, não quero... Quero só o que é meu, se você quiser fazer tudo você faz, mas não quero sua ajuda pra nada, sou independente você sabe disso, a gente divide as despesas dentro de casa. Aí, eu falei, agora você escolhe, não mandei você embora, também não vou te segurar, você vai chorar muito dizendo que me ama, então resolva seus problemas que eu tô resolvendo o meu. Aí ele diz que tinha feito errado, pediu desculpas, sabe, que tava nervoso, que tava meio mal e ficou. Agora eu quero ver se vai melhorar, porque pra ficar na mesma não resolve, a gente que vai fazer 19 anos de casado, não 19 dias [...].*

Helena, nos fala de um vínculo idealizado do casal heterossexual que, ainda hoje, se dá de forma assimétrica nas relações, de dominação-submissão e com maior permissividade para a infidelidade masculina. Corroborando Bustos (1990, p. 74) define o vínculo como o inter-jogo entre pessoas, que atuam através de papéis e que se estabelece "entre" papéis, e cada papel existente tem seu complementar, portanto, existem dois tipos de vínculos: os simétricos, aqueles com complementaridade de igual responsabilidade e os assimétricos, os que devem ser denominados pelos papéis polares. E complementando diz que: "[...] para que haja complementaridade, deve-se ter consciência do vínculo da existência de uma ponte que une, mas que também diferencia, separa".

É difícil conseguir o equilíbrio entre os aspectos em comum e os individuais, uma vez que, segundo Bento (2003), a identidade é formada pela e na diferença, no caso da nossa colaboradora, o seu vínculo relacional passa por um momento de desconpasso, em que novos posicionamentos e acordos devem tomar o lugar dos antigos, para garantir o seu lugar de "ser mulher". Em seu discurso a contradição: submissividade versus independência. Enquanto ela assume o papel de submissão na relação, também impõe a sua independência para de forma igualitária resolver os impasses com seu parceiro.

> *[...] eu sempre falo pra ele que o meu sonho que eu sempre tive e que até hoje eu não consegui é uma aliança, ele fala, a hora que seus documentos sair, a gente põe uma aliança, e eu falo mais não precisa... ai na cabeça dele, porque ele vem de uma família, é que são crentes, ele vem de uma criação rígida. A minha família já não, a gente já é espírita, então quando ele foi entrando na minha vida, ele foi se adequando, mudando muita coisa, ele tinha vícios também que hoje ele não tem graças a Deus, entendeu?*

Tal submissão continua explicitada quando se refere ao seu grande sonho de usar o símbolo do amor romântico – a aliança, mas que, apesar da promessa do parceiro de que isso acontecerá quando seus documentos estiverem regularizados, ela abandona. Resignada, se convence de que não há problema e aceita a frustração dessa idealização. E prossegue:

> *[...] Acho que o relacionamento é assim, vai pegando daqui, vai pegando dali... Você levanta de manhã não tá bom... só que é tipo assim, eu fico mais puta da vida... se a gente discute, eu sou assim, vamos conversar um de nós tá errado, vamos sentar e conversar, ele vira ás costas e deixa eu falando sozinha, eu odeio isso, ou vira pro lado, fecha o olho e finge que tá dormindo, eu fico cega de raiva, aí o que acontece, agente acaba discutindo. Aí de madrugada, ele vem me procurar e eu não quero, não tem tesão... se eu tô com raiva... não tem tesão que resolva, e eu falo não é assim, então ou a gente conversa ou transa. Porque não dá pra ir pra cama assim... Eu não consigo, fico até três a quatro dias sem, mas eu não consigo, eu sou assim, é assim que funciona, assim.*

> *[...] Minha relação maior dele afetiva ultimamente, é aquela coisa, é o moto táxi, eu entendo se ele não trabalhar ele tem que pagar a diária do mesmo jeito, só que eu acho que você tem que tirar um dia pra ficar em casa, o domingo, sabe, eu sempre falo, mas ele sempre, sabe, tem aquela coisa, eu vou depois eu volto, fica um pouco... passa a noite trabalhando. É isso que eu sinto falta, então a gente acaba entrando em atrito por causa disso, entendeu? Domingo mesmo, eu vim pra cá, olhar as coisas, pagar celular, comprei coisas pra ele... Mas é uma coisa gostosa, né? tem amor... eu falo que o fundamento de tudo é o amor, supera tudo, supera as diferenças, né? as desigualdades também, então eu acho que o amor supera tudo, o fundamento de tudo é o amor, é a base, né?.*

Sua fala é tomada como um momento que mais se aproxima da confirmação do reconhecimento do gênero identificado. Nesse caso, a sexualidade e o gênero estão sobrepostos, quando revela o modelo vincular fixado ao modelo da heterormatividade.

Helena, exprime uma necessidade da presença do parceiro, de atenção e cuidado e, delega a ele a responsabilidade por uma função psicológica que, deveriam ser assumida por ela mesma. Desta maneira, passa a esperar, a cobrar e exigir que ele assuma essa função complementar. À medida que o parceiro não cumpre ou cumpre apenas parcialmente, frustra-se e inicia um processo de cobranças e exigências sobre aquilo que julga ter direito. Isso provoca tensão, frustração e até mesmo hostilidade na relação do casal.

A essa função, Dias (2006) chamou de vínculo compensatório, quando a função delegada está direcionada a outra pessoa, estabelecendo uma relação de dependência e expectativa, ocasionando uma sensação de que está completa.

Os desafios desse casal, frente a essa complexa realidade de uma união estável de dezenove anos, vão se desvelando na expectativa em que um carrega do outro e na forma como cada um se posiciona na vida do outro, na urgência de buscarem uma reflexão de como esse vínculo afetivo vem se estabelecendo.

E segue revelando o seu relacionamento num modelo idealizado pela idéia do amor romântico, que segundo Giddens (1993), suscita a questão da intimidade. "[...] O outro preenche um vazio que o indivíduo sequer necessariamente reconhece (...) e tem diretamente a ver com a auto-identidade: em certo sentido, o sujeito fragmentado torna-se inteiro".

Passamos agora à vivência do seu **papel social de gênero:**

> *[...] Eu entrava na loja pra comprar alguma coisa pra mim ou pra ele, eu acabo comprando pra ele. Eu vim pra cá esses dias com a minha mãe pra pagar a loja e comprar alguma coisa pra mim, eu fui embora e não levei nada pra mim e comprei uma sandália pra ele e uma pro meu filho, pra mim mesma... eu amei uma saia jeans que vi na loja, eu me apaixonei pela saia, mas resolvi não levar, eu não vou deixar de comprar meus remédios pra comprar alguma coisa pra eles, porque roupa pros dois, agora eu que to comprando [...].*

A colaboradora retrata cenas comuns de sua vivência do papel social de gênero feminino, que possibilita inserir-se no campo do gênero identificado. É importante levarmos em conta a constituição dessa nova estrutura familiar que se estabelece. Destacamos o trabalho de Santos (2004), sobre a parentalidade em famílias de homossexuais com filhos, que aponta as novas configurações familiares que compõem o cenário atual, como aquela de casais de gays, de lésbicas e, como em no nosso estudo, o de mulheres transgenitalizadas

vivendo a conjugalidade (papel de esposa) e desempenhando a parentalidade (função materna).

3.2.4 **Colaboradora 4 - Isadora**

Isadora, 39 anos, espírita, ensino médio; trabalha como secretária na casa do irmão, classe B_2. Atualmente, mora com o seu companheiro e diz que sua vida conjugal melhorou muito, pois antes tinha medo de perdê-lo. Hoje em dia, diz que tem segurança e confiança em si mesma. Sua cirurgia foi realizada em 1999, também, após cirurgia de transgenitalização, passou por cirurgia plástica de nariz (Rinoplastia) e colocou prótese mamária. Recentemente, seu nome e sexo foram retificados no seu Registro Civil.

Inicia o seu depoimento relatando **a descoberta do corpo transgenitalizado**:

> *[...] aí eu comecei a me olhar no espelho, deitada na cama, abria as pernas, comecei a me tocar, aí eu consegui achar o lugar que eu sentia prazer.*

Evidencia em seu relato que começa, aos poucos, reconhecer seu corpo e experimentar as primeiras sensações de excitação sexual, tocando-se e descobrindo, do seu modo, a sua intimidade através da masturbação e do orgasmo:

> *[...] Depende, né? A gente fala pras meninas que nós não têm orgasmo, é tudo mentira, tem sim. Eu consegui achar o lugar que eu consigo tocar, eu me masturbo, você entendeu? Porque meu marido viaja, então, às vezes, de repente, me dá aquela vontade. Então, eu me masturbo, eu me toco, atinjo o orgasmo [...].*

O aspecto pubertal da vivência após a cirurgia pode ser regado de experiências prazerosas e confusas, muito semelhantes com as do início da maturidade sexual para qualquer adolescente que, na busca da identidade sexual, oscila entre as atividades masturbatórias e de explorações genitais.

Nessa fase da “puberdade pós-cirurgica”, denominada de auto-erótica, começa a ter gradativamente uma confirmação sobre sua própria identidade e descoberta do prazer genital, que permite o exercício da sexualidade e deveria ser plenamente aceita pois representa um momento essencial de integração entre a identidade biológica e psicológica para a mulher transgenitalizada (VERDE; GRAZIOTTIN, 1997).

Assim, nesse momento, a colaboradora relata o investimento erótico sobre os próprios genitais, pela masturbação e a descoberta de pontos que lhe dão prazer e a fazem atingir o orgasmo.

Prosseguindo em seu relato, a colaboradora nos fala sobre **a temporalidade da relação sexual após a cirurgia:**

> *[...] no começo não foi muito legal não, tive muito medo, tive medo na relação sexual... ia arrebentar tudo, aí você se fecha, se tranca. Aí, com o passar do tempo, você vai se soltando devagar. Eu mesma demorei um bom tempo pra me soltar, mesmo... eu tinha medo de olhar prá cirurgia, sabe, eu tinha medo mesmo.*

Isadora revela que a melhoria no desempenho do seu papel sexual, foi acontecendo conforme ela foi adquirindo confiança em si, pois temia, com relação ao corpo, que a cirurgia fosse danificada e, psicologicamente, temia se entregar. Nesse treino do papel (*role playing*) de “ser mulher”, tornam-se natural as dificuldades diante de tantas descobertas novas, medos, inseguranças e temores infundados, isso somado à adaptação ao novo órgão, que requer uma recuperação física e estética prolongada.

Em seu depoimento revela **a vivência do papel afetivo-sexual** após a cirugia, e a satisfação pessoal:

> *[...] que nem, a gente separou, muitas vezes, como eu te falei. É, eu saía e alguém me olhava pra paquerar. Nossa! Eu me trancava, porque, gente, como eu vou sair com uma pessoa com ela achando que eu sou uma mulher*

> *e eu não sou, não tô operada, vou sair com o cara e como vou explicar pra ele que eu, né? Hoje em dia não, se eu tiver sozinha e me paquerar, e de repente acontecer, tô tranquila, nem falo que eu sou operada, sou normal [...].*

A colaboradora ora se desloca para a vivência transexual, ora para a de mulher transgenitalizada. Nessa transitoriedade, revela o traço constitutivo dos transexuais "[...] o sofrimento psíquico do transexual se encontra no sentimento de uma total inadequação entre, de um lado, a anatomia do sujeito e o seu sexo psicológico e, de outro, este mesmo sexo psicológico e sua identidade civil" (CECARELLI, 2003, p. 94).

A contradição recai no seu questionamento de sua identidade de gênero "quem acredito ser" (individual) e o seu papel de gênero "quem as pessoas pensam que sou" (social). Ou seja, em como explicar ao companheiro de pertencer ao gênero oposto, sendo que seu órgão genital atua, subjetivamente, como um obstáculo dessa possibilidade de trânsito (BENTO, 2003).

Apresenta uma convicção de que só pode ser amada e aceita se tiver uma vagina, para confirmar a sua identidade de gênero, é como se estivesse inabilitada para ser aceita, ou mesmo para ser mulher integralmente.

É de extrema importância para o ser humano, entre todas as suas necessidades, que seja aceito e reconhecido. E essa necessidade que, se satisfeita, permitirá a confirmação da sua identidade que se entrelaça entre o biológico, psicológico e o social. A formação desse conceito é baseado na interação do indivíduo com o meio e, tem início por volta dos dois e meio aos três anos de idade e continua ao longo de sua vida, em que vai incorporando modelos (figuras do mundo interno) ou identificações que passam a fazer parte das suas verdades (DIAS, 2006).

Hoje, após ter vencido a sua discordância de gênero, mais segura no processo de inserção do seu papel social, Isadora revela que se sente mais tranquila na vivência de suas relações afetivas, confirmando assim, a sua identidade em sua totalidade.

> *[...] antigamente, eu era assim, tinha medo de perder ele... pensava sempre em tá alí segurando pra não perder, porque você não tinha uma vagina, você não era uma mulher fisicamente completa. Hoje em dia, não. Hoje em dia, eu jamais, se acontecer dele arrumar outra pessoa, ou me trair, largo numa boa, porque, hoje em dia, eu tenho segurança, hoje eu confio em mim, se entendeu?.*

Enfatiza sua angústia ao relatar o medo de perder ou não conseguir manter um namorado pela falta de uma vagina, ou mesmo por não sentir-ser uma mulher fisicamente completa, como afirma. Após a cirurgia, a medida em que ela começa a vivenciar experiências do gênero identificado, acumula vivências reais para ser aceita e acolhida pelo mundo (DIAS, 2006).

A relação de totalidade presente no relato de Isadora, após a cirurgia, pôde ser construída a medida que foi confirmando sua identidade, se constituíndo enquanto ser, reconhecendo a sua imagem e obtendo reconhecimento do mundo que a rodeia.

Segundo Costa (2005), papéis de gênero podem ser definidos como o comportamento frente às demais pessoas e à sociedade como um todo. Desde pequenos vão nos atribuíndo uma série de papéis em relação ao que esperam de nós. Nesse caso, temos um “modo de ser” masculino ou feminino. É preciso haver uma perfeita sintonia entre o que sentimos, e nossa maneira de agir. Do contrário, surgirá um enorme conflito entre a nossa identidade de gênero e o papel que desempenhamos.

> *[...] minha vida afetiva, em relação a ele, nossa! Melhorou! que nem eu te falei, 100%. E tá tudo, tá como um casal normal, uma mulher e um homem que casou, se conheceu e tá uma vida normal... Se sabe, casamento é uma rotina, se você deixar na rotina, vai por água abaixo. Então, você tem que tá*

> *inovando, tem que tá incrementando, e tá super legal. Eu tô gostando muito, minha vida melhorou 100% [...].*
>
> *[...] Ás vezes a gente comenta sobre filhos...têm hora que eu penso em adotar, têm hora que eu penso que não, pela idade, mas assim tá legal a vida, entendeu?.*

Devido a já viver uma união estável, a colaboradora faz uma passagem da sexualidade auto-erótica para a sexualidade relacional.

A história relacional apresentada por Isadora favorece a confirmação de sua identidade feminina que evolui para um desenvolvimento do papel afetivo-sexual. A medida que passa a articular seu papel de gênero – no comportamento de "ser mulher corporeificada" e seu papel afetivo-sexual – não só exerce um comportamento afetivo e sexual como também visualisa o papel materno.

Em seu depoimento, se remete a momentos do seu relacionamento antes e após a cirurgia**:**

> *[...] Mais segura, completamente segura. Vou pra cama normal, porque não tem mais aquela vergonha. Antes, ía pra cama, ficava lá, é de lado, vira pra cá, vira pra lá, tentando esconder o órgão [...]*
>
> *Hoje não, eu chego normal, beijo tiro a roupa, ponho uma cinta liga, ponho meia calça, você inventa alí.... hoje, eu me sinto mais sensual. Antigamente não; queria esconder, porque querendo ou não, genéticamente, se era, se é masculino, se é masculino biologicamente. Agora não, nem isso eu penso mais pra você ter noção [...].*

Na vivência da transexualidade, segundo Pinto e Bruns (2003), seu órgão sexual está a mais no seu corpo e os transexuais sentem que aquela parte não lhes pertence, no geral, não tocam e nem deixam ser vistos e tocados nessa região, procuram esconder o genital no momento do ato sexual.

Evidencia-se no seu discurso a transição do comportamento sexual após a cirurgia, quando destaca uma vivência mais erotizada, confiante e satisfatória do papel feminino.

No prosseguimento de sua narrativa, apresenta-se um novo **papel social de gênero:**

> *[...] de primeiro, eu não era assim, eu era mais fechada, eu tinha vergonha, todo lugar que eu tava, parecia que todo mundo ficava olhando pra mim, falando olha alí um travesti! Mas, hoje em dia, não. Hoje em dia, pra mim é normal, porque tudo na minha vida é normal; entro em qualquer lugar, entro no banheiro feminino, entro tranqüilamente, converso... nem passa pela minha cabeça assim, ai, eu fiz uma cirurgia, eu sou uma transexual, não. Pra mim eu sou uma mulher normal mesmo. Sinto confiante, sempre, sempre, sempre. Que nem eu te falei em qualquer lugar que eu entro, eu entro de cabeça erguida [...].*

Para Nunan (2003) a identidade do indivíduo é formada por duas partes articuladas entre si: a pessoal (atributos específicos do indivíduo) e a social (atributos que assinalam o pertencimento a grupos ou categorias). No caso dos transexuais, ressaltamos o fato de pertencerem a um grupo social estigmatizado que afeta enormemente sua identidade pessoal, como evidenciado no relato de Isadora, quando ela se remete à sua vivência da transexualidade.

Mas no que se refere à vivência atual, percebe-se em seu discurso que a cirurgia, para ela, teve um significado muito grande, pois nota-se que pode vencer o seu estigma e estabelecer uma relação de totalidade consigo mesma e com o mundo.

E faz referência **à temporalidade da vivência da mulher transgenitalizada:**

> *[...] tô, muito satisfeita, não me arrependo. Se tivesse que fazer novamente, passar por todo o processo que eu passei, eu passaria, com certeza.*

Seu discurso revela uma integração pessoal, pois a cirurgia lhe proporcionou a eliminação de sua discordância sexual, confirmando a identidade em que seu psicológico a define.

3.2.5 **Colaboradora 5 - Andrieli**

Andrieli, 26 anos, católica, ensino médio, funcionária pública, solteira, classe B_1. Trabalha como oficial administrativa em um hospital da sua cidade. No momento, reside com os seus pais e está namorando há quatro anos e meio. Sua cirurgia foi realizada em 2003 e, recentemente, colocou prótese mamária; o processo para retificação de nome e sexo no Registro Civil ainda aguarda decisão judicial favorável.

A colaboradora, em seu depoimento nos revela **a descoberta do corpo transgenitalizado**:

> *[...] Antes eu não queria ver o meu corpo, não gostava de tomar banho, sexo então era terrível porque tinha que expor o meu corpo e tinha que usar uma parte do corpo, que não gostava (ânus)... O pênis, escondia com o travesseiro. Hoje, me sinto mais livre com o meu corpo, apesar da minha timidez. Mas, mesmo assim, às vezes ele tenta introduzir, mas eu não gosto e falo para ele e ele respeita [...].*

Andrieli relata, primeiramente, sobre a vivência de sua sexualidade antes da cirurgia. Revela que a relação estabelecida com seu corpo e seu genital, era de distanciamento e repulsa; evitava tocar, ver e até se higienizar, tamanha a aversão de seu genital. Esse drama vivido num corpo aprisionado, pelos transexuais, é revelado de modo sofrido e doloroso e, torna-se intenso, a ponto de terem vergonha e esconderem os seus genitais, impedindo a sua expressão corporal (PINTO; BRUNS, 2003).

Ela se refere à prática do sexo anal vivida anteriormente como a única possibilidade de se relacionar sexualmente, mas confessa que não a apreciava. Para Zampieri (2004), é importante dizer que a sensação prazeroza com essa prática, constiui-se um fator eminentemente pessoal, relacionado aos desejos e às fantasias sexuais, não estando associado, necessariamente à orientação sexual específica. Quando a sociedade associa rigidamente

práticas sexuais a tabus, restringindo-as a certa orientação sexual, ela acentua os estereótipos, reforça os mitos e legitima o preconceito a essa prática.

Dessa forma, a colaboradora evidencia em seu relato esses esteriótipos, mitos e preconceitos identificados por Zampieri (2004). E segue referindo-se a experiência do orgasmo:

> *[...] Senti orgasmo sem a penetração com um sonho, na primeira vez... Sentia, desde o começo, muita sensibilidade. Outro dia, sonhei com um amigo que já faleceu e cheguei até a transar e tive orgasmo. Sabe, diziam que ele tinha pênis pequeno e no sonho, realmente, ele tinha e pude dizer para ele que mesmo com o pênis pequeno, pode me dar prazer e me senti muito bem [...].*

Nos remete a experiência de um sonho seu, de conteúdo erotizado em que evidência uma carga de exitação sexual e realização do orgasmo, representando pelo próprio prazer sexual com um amigo. Na tentativa de darmos um significado ao material que compõe esse sonho e a esse material uma linguagem psicológica, podemos dizer que a colaboradora, nesse sonho de reparação, pode realizar um compartilhamento com o amigo, já falecido, de satisfação de seus desejos e de conforto, quando diz que ele pode proporcionar prazer e ser aceito em sua possível ou imaginada “deficiência”. Para Dias (2002, p.65), “[...] os sonhos de reparação, em sua maioria, não necessitam de decodificação ou de interpretação, mas apenas clareamento, compreensão e constatação de que o sonhador “reparou” o conflito, o desejo mediante neste determinado sonho”.

Ainda se reportando a sua experiência, Andrieli deixa escapar que apesar de não gostar do sexo anal, revela sensações prazerosas nessa região, quando estimulada pela posição sexual.

> *[...] Quando estou com vontade, ele lubrifica... Sinto que nem precisa... Flui legal. Nem entrava tudo, agora entra e sinto a bolsa escrotal bater no ânus e isso me excita.*

Prosseguindo, nos fala sobre **a temporalidade da relação sexual após a cirurgia:**

> *[...] Eu acho que eu perdi a virgindade antes de ter alta, ele queria muito e foi muito dolorido, porque tava recente.*

Esse aspecto da virgindade mencionado pela colaboradora, nos remete a uma vivência pubertal, como a da garota que vai transar pela primeira vez. Após a cirurgia, muitas mulheres transgenitalizadas relatam que começam a sentir sensações e sensibilidade, assim, acabam despertando, além da curiosidade do parceiro, a vontade de experimentar o sexo para comprovar se a vagina é, realmente, funcional. No caso da colaboradora, ela já tinha um parceiro, que sabia da sua história, havendo uma melhor adaptação e aceitação.

Prosseguindo em seu depoimento, nos revela **a vivência do papel afetivo-sexual:**

> *[...] Mas, ele tem umas coisas que eu não gosto, tipo, chegar atrasado nos encontros. Aí ele joga um balde de água fria. Então, coisas da relação interferem na libido, no tesão.*
>
> *[...] Eu estava envolvida com um rapaz, mas ele só quer amizade. Fiquei muito chateada e isso interferiu no meu relacionamento. Agora, quero cuidar do meu relacionamento, pois gosto dele. O meu namorado é muito ciumento. Por exemplo, ele faz questão de me levar no ponto de ônibus, nos lugares, e isto acaba que até me deixando insegura quando tenho que ir aos lugares sozinha.*
>
> *[...] Mantemos relação de duas a três vezes por semana. É legal! Mas, sinto que o orgasmo sofreu influência porque, quando estou com ele, estou pensando em outra pessoa e acaba interferindo. Teve uma vez que fantasiei com outro e tive orgasmo, mas quando quer falar de outras coisas, esfria. Quando ele está por cima, que sente dominando, sinto vários orgasmos; mas, quando eu vou por cima sinto que ele desanima a ponto de sentir o pênis*

> *flácido e aí você encerra, mas já tinha ejaculado. A posição também dá mais satisfação... eu inverto, mas não muda a relação.*

Fala-nos de situações que interferem na vida sexual do casal, revelando um vínculo de casal heterossexual com seu parceiro, num modelo de disputa e poder, dominação-submissão e com maior permissividade para a infidelidade masculina. Muitos relacionamentos sofrem interferência por falta de negociações. Também revela seus desejos, suas fantasias, a dificuldade do parceiro, que na posição de dominado perde a ereção e a sua excitação e prazer quando se encontra nessa posição.

E faz referências ao seu **papel social de gênero** e do papel social de gênero estigmatizado:

> *[...] Mas, sinto que o que me distância das pessoas são os pêlos do rosto. Na minha cidade, as pessoas são muito preconceituosas. Tava fazendo Eletrólise, os pêlos afinaram. Também estou usando hormônios. O que sinto que me aprisiona, ainda, são os pêlos no rosto. Só vou me sentir mais livre se conseguir acabar com isto. Pensei que, com a cirurgia, os pêlos fossem sumir; essa era uma das expectativas que eu tinha.*

A colaboradora revela uma característica física sua que mais a incomoda, e que, a põe em contato com uma ameaça constante, de ter seu estigma revelado aos outros. Assim, busca recursos para evitar situações constrangedoras em seu papel social.

A importância estética é uma variável constante nos depoimentos das colaboradoras, perpassa pela construção não só de ser reconhecida no gênero apropriado como também de ter uma auto-imagem positiva. Por temer uma ruptura ou mesmo ter dúvidas em relação à auto-imagem, Andrieli revela uma insegurança que reflete na apreensão da consciência que tem do seu eu corporal externo, ou seja, a forma como se percebe exteriormente (FONSECA, 2000).

Nos fala, ainda, de expectativas que tinha em relação à cirurgia, se reportando ao sentimento de aprisionamento, em relação aos atributos estereotipadamente masculinos em

seu corpo – pêlos no rosto, que continuam mantendo-a presa ao encobrimento. Este justificado pela observação de Goffman (1980) do fato do indivíduo estigmatizado esconder ou exercer um controle estratégico sobre sua imagem para evitar perturbações nas suas relações sociais e íntimas, prevenindo-se de todas as formas possíveis para que o seu estigma não seja revelado inadvertidamente.

3.2.6 **Colaboradora 6 - Leila**

Leila, 25 anos, católica, ensino superior incompleto, estudante, classe C. No momento da entrevista, estava morando com a família, pais e irmãos, de quem diz receber todo apoio. Relata que agora está sem namorado e que, no início, teve muito medo de ficar com alguém porque podia revelar alguma coisa, por insegurança. Após a cirurgia de transgenitalização, ocorrida há quatro anos (junho de 2002), submeteu-se, ainda, à cirurgia da proeminência da laringe. Seu nome e sexo já foram alterados no Registro Civil.

Ao iniciar seu depoimento, Leila remete-se **a descoberta do corpo transgenitalizado** e nos conta das primeiras experiências da masturbação**:**

> *[...] Aí eu passei a me masturbar para me conhecer. Isso foi muito importante, o auto-conhecimento. Sozinha, consigo até o orgasmo, tenho sensações, sensibilidade.*

Na busca pelo reconhecimento de seu corpo e satisfação sexual, a colaboradora passou a investir sobre os próprios genitais. Pela prática masturbatória, estabelece intimidade com o seu corpo descobrindo novas sensações e o prazer.

E, prosseguindo, nos revela **a temporalidade da relação sexual após cirurgia:**

> *[...] A primeira relação foi com um rapaz que já conhecia (...) Depois de cinco anos, nos reencontramos por acaso. Nesse tempo todo, tivemos só um affair, mas não relação sexual; por insegurança, me perguntava: até que ponto a vagina está normal? Aí ficamos juntos, conversamos sobre o*

> *assunto... já sabia, mas não tinha ligado à pessoa que havia conhecido. Diz que se sentiu traído, pois acha que devia ter contado antes...Mas, fomos ficando, tentamos ter relação, mas não conseguiu a penetração. E acabamos terminando. Não deu certo, não foi pela questão sexual... e, assim, acabei me fechando de novo nos relacionamentos, ficando só no beijinho e no abraço por medo do fracasso.*

Leila nos conta que seu primeiro contato sexual após a cirurgia foi com um rapaz que já era conhecido seu. Remete-se ao contato que teve com ele antes da cirurgia preferindo o encobrimento à revelação. Ao reencontrá-lo, após a cirurgia, resolveu declarar sua "verdadeira" identidade, sofrendo com a exposição e a revelação do seu estigma. Também exprime sentimentos em relação a se portar como indivíduo desacreditável, que manipula informações, afim de evitar as situações sociais, como forma de lidar com sua angústia.

Na medida em que começa a experimentar, explorar situações, num jogo de treinar papéis (*role playing*), vai acumulando vivências entre a sensação de não pertencer e pertencer, na busca da confirmação da sua identidade pelo outro.

E expressa seu **temor da revelação da identidade de mulher transgenitalizada:**

> *[...] Fiquei com um cara mais velho que começou a pressionar e perguntava o porquê. Chegou até a falar se eu era lésbica. Acabei revelando e fiquei surpresa, acho que pela sua maturidade, ele elogiou, falou que nem imaginava, que era a última coisa que poderia passar pela sua cabeça, que eu era muito bonita e isto, então, reforçou a minha auto-estima e o meu Eu. E ele, então, propôs de sermos amigos, disse que por mim.*

Referindo-se ao temor da revelação da identidade para evitar algum tipo de desgaste psicológico, algumas pessoas optam por revelar-se. Constatamos que isso foi o que aconteceu com Leila, quando deixou de ser desacreditável (indivíduo cujo estigma não é evidente e precisa encobrir as informações para enfrentar as situações sociais difíceis) para ser desacretidada (indivíduo cujo estigma é aparente e precisa manipular a tensão gerada durante os contatos sociais) (GOFFMAN, 1980; NUNAN, 2003).

Verde e Graziottin (1997, p. 149) corroboram dizendo que: "[...] nos transexuais, emerge necessidade afetiva muito forte e a necessidade de conquistar uma identidade de papel reconhecida. A sexualidade pode aparece em segundo plano em relação às prioridades afetivas e de aceitação pessoal e social".

A experiência de Leila ilustra essa questão. Ao se revelar, surpreendeu-se com o fato de ter sido aceita e até elogiada pelos seus atributos físicos que exprimem sua nova identidade de gênero. Embora possamos inferir que ele deixou de ter o interesse por ela.

Essa contradição presente no seu discurso sugere os rudimentos de um eu ideal (sempre amado, admirado) em contraposição ao "eu" que não recebe esses influxos positivos. A auto-imagem se firma ou se turva de acordo com esses influxos recebidos do outro, que passa a ser discriminado ou confundido como um "tu ideal" – o que elogia ou um "tu frustrador" (o que critíca). O equilíbrio-desequilíbrio dessa dualidade (relação-separação, amor-rejeição, prazer-dor) significa a balança que divide, de um lado saudável, a auto-estima e a tolerância à frustração, e de outro, patológico, os distúrbios de identidade (FONSECA, 2000).

> *[...] Agora teve um último namorado... um dia me disse que não podia ter filhos, achei que ele tava jogando verde de alguma coisa. Disse que queria muito ser pai, mas achava que não poderia. (...) E acabei revelando também que não poderia ter filhos e acabei contando. Foi muito triste, pois me disse que era difícil ele compreender; que se as pessoas soubessem, pensariam que ele era gay, que a família dele não aceitaria. Ele não acreditava porque tocou, viu e disse que me amava muito e que pensar em perdê-la preferia enfrentar a situação. Só que pediu para que nunca eu contasse para ninguém que ele sabia. E me perguntou se eu tinha os dois sexos. Eu disse que não, e me perguntou, também, se eu sentia prazer como homem e se eu tinha testículo antes da cirurgia, e eu disse que não.*

Neste relacionamento, a colaboradora tentou, em vão, uma aliança com o parceiro, pagando um alto preço psicológico por essa atitude de revelar o seu estigma. Conforme

identificado por (Nunan, 2003), o rompimento com o parceiro torna-se um dos eventos mais estressantes quando o estigma é revelado, de forma preconceituosa, levando a uma percepção de estar inabilitada para ser aceita integralmente na sociedade.

Essa sensação de não acolhimento e de não pertencer, de ameaça de destruição e de intensa solidão vivenciada por Leila, gera uma angústia ligada ao instinto de sobrevivência, que a coloca sempre no modelo das prescrição do ideal do ego – vai em busca de atingir o que quer.

Quando questionada sobre sua **vivência do papel afetivo-sexual,** a colaboradora nos diz**:**

> *[...] Teve um último namoro, mas era muito novinho, era tudo de bom, super atencioso, inseguro achava que eu era muito mulher para ele. Ele conquistou meus pais, quis conhecer a família, me levou para conhecer a família dele. Ficamos juntos... fazíamos sexo oral, mas não sinto muito prazer nisto. Ele se preocupava muito com o meu prazer [...].*
>
> (...) *Depois de um mês que estávamos juntos, ele chegou e disse que queria conversar... foi me buscar no cursinho. Confesso que não entendi... estávamos cheios de planos, era semana do meu aniversário e ele terminou comigo me chamando de amor. Disse que não consegue aceitar a idéia, me levou para minha casa, conversou com meus pais, me pediu para perdoá-lo, que queria ser meu amigo, chorou muito, foi embora e não nos vimos mais. Hoje, estamos como amigos.*

Revela em sua vivência do papel afetivo-sexual o relacionamento no contexto familiar. Sentir-se amado e apoiado pela família é uma necessidade básica em qualquer ser humano, sobretudo de um filho que experiencia uma discordância sexual. No caso de Leila, seus pais corroboram com o seu encobrimento. Segundo Nunan (2003), os pais exprimem medo pela possibilidade de o filho ser rejeitado pelas pessoas mais próximas à sua rede de relações, e da reação delas quando da revelação.

3.2.7 **Colaboradora 7 - Fernanda**

Fernanda, 29 anos, evangélica, ensino médio, comerciante, classe C. Possui uma mercearia no comércio de sua cidade. Filha de pais separados, diz que passou por muitas dificuldades, mas que hoje tem um ótimo relacionamento familiar. Relata que um ano após a cirurgia viveu um relacionamento conjugal de dois anos e três meses, mas pautado por ameaça e violência. Segundo ela, o companheiro era uma pessoa muito violenta, nunca quis saber da cirurgia, como ela foi feita ou seus detalhes, apesar de reconhecer ter crescido muito ao seu lado. Ela diz que trabalhou muito para conseguir o que tem; sente-se orgulhosa, pois conseguiu sua casa própria, é independente e administra muito bem a sua vida. Hoje tem sua mãe dentro de sua casa. No momento, está sem parceiro fixo. Diz que quer um relacionamento sério, duradouro, para ser feliz e poder adotar uma criança. Diz, ainda, que está fazendo cursinho para prestar o vestibular. Sua cirurgia de transgenitalização foi realizada em 1999, acrescida do implante de prótese mamária. Seu nome e sexo ainda não foram retificados no Registro Civil.

Ao iniciar seu depoimento, Fernanda nos fala da **temporalidade da relação sexual após cirurgia:**

> *[...] no início, após a cirurgia, logo no primeiro mês, não me senti muito segura, no terceiro mês comecei a senti um pouco mais de segurança, fiquei totalmente com segurança com seis meses da cirurgia que pude realmente sentir segurança mesmo, normal de toda mulher que vai ter a primeira relação [...].*

A colaboradora nos remete à questão da “primeira vez”, revelando que apesar das expectativas e desejos, aguardou o melhor momento para se realizar com mais segurança. Com a afirmação “de toda mulher”, a colaboradora tece uma cumplicidade identitária em seu discurso, no sentido em que põe em funcionamento as expectativas construídas socialmente para os gêneros (BENTO, 2003).

E segue falando da sua experiência com o parceiro:

> *[...] Com o meu primeiro parceiro, tinha medo de doer machucar, essas coisas todas, né? Quando me senti segura e vi que não ia machucar foi que*

> *realmente eu me entreguei pra valer e finalmente passei a uma vida ativa mesmo, foi muito bom, foi ótimo, com o tempo a gente vai descobrindo coisas novas, novidades, posições e tudo mais, com a experiência do dia-dia, né? E realmente pra mim tá muito bom, tá ótimo.*

As mulheres transgenitalizadas, após a cirurgia, geralmente apresentam uma expectativa de obtenção de satisfação e prazer imediatos, porém revelam o período de descoberta da sua sexualidade com insegurança e medo, nessa fase, preocupam-se com a sua nova vagina e com questões como danos físicos, profundidade e sensibilidade vaginal suficientes para lhe proporcionar prazer sexual.

Fernanda, por medo de sentir dor ou machucar a sua vagina, foi, gradualmente, experienciando sensações novas e adquirindo segurança e confiança com a participação do parceiro e confirmando a sua identidade de gênero.

Dando continuidade ao seu depoimento, nos revela sua **vivência do papel afetivo-sexual:**

> *[...] Depois de um ano de cirurgia eu casei, amiguei, vivi com ele dois anos e três meses, sete meses foi uma maravilha, o resto foi... Igual eu te falei, daquela outra vez, um lar a base de ameaça, de violência, mas mesmo assim ainda tava bom pra mim, por um lado ele sempre respeitou meu lado, nunca quis saber nada da cirurgia, nem como foi feito, nem como foi realizado, (...) porque ele sabia que realmente era um assunto que... pra mim não tinha necessidade. Eu creio que era respeito sim como eu coloquei do meu relacionamento pra não chegar invadir algumas coisa no mundo da gente, mesmo as obrigações a gente tem que ter respeito um pelo o outro, não importa, o que foi, o que deixou de ser, o que fazia, isso sempre deixei claro de quem se aproxima de mim, tudo, os pequenos detalhes, sempre opto em dizer a verdade.*

A colaboradora nos remete a sua vivência afetivo-sexual após a cirurgia, em que pode estabelecer por um tempo uma relação de casal estável. Revela que foi união baseada em ameaça e violência, mas que não a impediu de satisfazer suas necessidades próprias de

segurança ou de confirmação de sua identidade de gênero. Estabeleceu um acordo de não invasão de privacidade com o parceiro. Talvez por um suposto mecanismo de acobertamento, no qual o parceiro ignora a sua condição de transgenitalizada.

A esses mecanismos defensivos relacionais, Dias (2006), denominou de defesas projetivas, as quais fazem o indivíduo a projetar no outro, uma parte do seu próprio conflito. Dessa forma o conflito internalizado passa a ser externalizado na relação e não no mundo interno do indivíduo, desenvolvendo um vínculo complementar interno patológico.

No caso de Fernanda, emerge uma dinâmica em que a individuação é sempre maior que a capacidade de entrega e integração, revelando que a dinâmica vincular está centrada no poder, ou ambos disputam ou um se submete ao outro.

> *[...] Em relação aos meus parceiros pra mim eu prefiro até falar... porque eu não penso mais em relacionamento externo apenas duradouro. Mas, estando num relacionamento, feliz, bom, é tudo... não preciso do ombro de um homem pra bancar a minha vida, financeiramente não, mas afetivo sim, claro, toda mulher precisa, mas eu sou aquela mulher evoluída, eu não sou aquela mulher que abaixa a cabeça, não sou aquela mulher que fica mendigando carinho, amor, nada.*
>
> *[...] Quando eu conheço alguém, que eu quero alguém, óbvio eu jamais vou pra cama com ele na primeira, na segunda ou terceira vez, dou uma expectativa de quinze, trinta dias pra depois ter a primeira relação, mas antes de ter a primeira relação, geralmente pergunto pra ele: '[...] Vai ser rápido?' Porque se for rápido, eu não quero, eu quero me realizar, como mulher. Só quando eu me entrego pra uma pessoa, porque se for pra eu ir pra uma rapidinha, basta uma mulher de programa, a esposa em casa, que ele pode dar uma rapidinha.*

Nesta passagem de seu relato, falando de outros relacionamentos, já assume uma postura diferente: transita de um estado de dependência para um de afirmação, se revelando num papel de gênero de mulher independente, auto-suficiente, que é demarcado, na sociedade atual, pela contemporaneidade. Pode-se dizer que a mulher contemporânea, conquistou a

independência econômica e a liberdade sexual, o que também é verdadeiro para as mulheres transgenitalizadas e reprodutoras dos estereótipos de gênero.

Outro aspecto evidenciado pela colaboradora, que reflete o papel da mulher contemporânea, é a sua não aceitação do modelo escravizante do sexo, ou seja – sexo por sexo, revelando não reproduzir o estereótipo de gênero. Segundo Bruns (2004), a mulher vem percebendo que esse modelo não encontra ressonância em sua natureza mais subjetiva, que clama por intimidade e erotismo contínuo e que o caminho percorrido em busca de autonomia perpassa pelo aprendizado de realizar escolhas.

Fernanda segue relatando sobre sua satisfação pessoal e orgasmo:

> *[...] Mas em relação, a minha relação sexual, tá ótima, a cada dia busco sempre novas posições, prazer, orgasmo é como eu disse e repito, eu não estou preocupada com o orgasmo, mas sim com que prazer que eu vou sentir e poder proporcionar o orgasmo. Eu acho, que a gente busca vários tipos de orgasmo na vida, o orgasmo pra você concretizar como mulher, como profissional, no dia-dia, como mãe, como dona de casa, isso é muito relativo na cama, óbvio, sempre alguém impõe tabus, né? Isso pode, isso não pode, eu já não ligo pra isso não, eu quero, acabou e pronto, não tem limites pra mim falar entre quatro paredes, eu me solto mas, ali, concretização mesmo é quando estou dentro de um quarto a pessoa não sabe nada sobre a minha cirurgia, isso pra mim é uma satisfação, é uma realização, eu acredito que é muito mais um orgasmo propriamente dito.*

Nessa passagem ela nos remete à sua satisfação pessoal com o seu corpo que vem lhe proporcionando novos prazeres e a experiência do orgasmo. Entretando, faz um paralelo entre o orgasmo sexual e a satisfação em diversos papéis sociais femininos, dessa forma, reproduzindo um modelo de estereótipo da mulher idealizada, dona de casa, esposa, mãe e profissional, do qual as mulheres transgenitalizadas também se investem (BENTO, 2003).

Reafirma a sua busca por uma nova identidade, que lhe possibilita maior liberdade de expressão de sua sexualidade, principalmente, quando é reconhecida na identidade em que sua

subjetividade a define, e, assim, ressignificando o orgasmo e experienciando uma satisfação muito grande em sua vida. E segue falando do seu papel afetivo-sexual:

> *[...] O que mais posso dizer é sobre namorado, eu namoro três meses, quatro meses, seis meses só que eu me previno, uso preservativo, eu descobri que tenho uma sensibilidade maior com o uso do preservativo, e com isso eu descobri mais coisa com o uso do preservativo, a importância dele, o quanto isso é importante na minha vida, pra mim é bom, acredito que um dia posso encontrar um parceiro e construir uma família com ele, mas no dado momento, na minha cabeça, eu tô em busca de namorar, eu namoro se eu vejo se tá dando certo, tudo bem, se não tá dando certo, eu ponho um ponto final[...]*
>
> *(...) Aquele que não sabe, quando vc tá olhando nos olhos dele, e imagina que ele não sabe que eu tinha uma genitália masculina e que hoje, ela é feita de acordo com o meu psicológico, com meu lado emocional e com a minha vida sexual realmente, porque eu sempre me senti uma pessoa hetero, heterossexual, 100%, porque o meu comportamento ali é de uma mulher que tem uma vagina, não importa se eu vou praticar o sexo anal, isso não faz diferença, eu não vou deixar de ser hetero ou não, agora quando é a pessoa que sabe, é diferente, a pessoa fica em busca, eu não posso isso eu não posso aquilo, fica querendo por itens, lógico que com o passar do tempo isto vai sumindo da cabeça do parceiro, também da parceira, e vai se tornando... vai deixando de ser um fantasma, mas quando é a pessoa que não sabe, a gente solta, faz tudo que quer, faz tudo o que acha que tá bom pra ele e a concretização na cama é maior porque você sente concretizada, porque você tá olhando, você tá vendo, no rosto daquela pessoa você não vê que realmente é só curiosidade, porque muitos homens que buscam mulheres operadas é por curiosidade e quando chega conhecer, pra ficar ao lado, ele endoida, ele apaixona, ele quer, ele liga, ele persegue, ele atormenta e foi o que mudou na minha vida. E todos aqueles, que realmente chegou a ficar comigo por curiosidade, eu tive a oportunidade de mostrar a mulher que eu sou realmente. E com isso, me desperta a noção do perigo do sexo. Eu não sei qual é a diferença, mas eu acredito que não exista uma diferença da mulher para a mulher transexual, a diferença tá no comportamento sexual,*

> *na atividade sexual, óbvio que a mulher que gosta de sexo, ela só tá no lucro de fazer o bem para o seu próprio corpo.*

A colaboradora nos fala de relacionamentos mais instáveis que a fizeram despertar para a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, referindo-se o desejo de uma relação mais estável e de poder constituir uma família.

De forma dinâmica, ao falar de seus relacionamentos transita entre aquele que não sabe (desacreditável) e aquele que sabe da sua transgenitalização (desacreditado). Na sua vivência com o parceiro que não sabe, revela a sua satisfação de olhar nos olhos dele e imaginar que ele não sabe, afirmando a sua identidade subjetiva e confirmando a sua heterossexualidade. Já na vivência com aquele que sabe, o sexo sofre restrições pelo seu estigma, mas pontua que isso é até o parceiro aceitar, gradualmente, a sua condição.

Essa transitoriedade permite pensarmos que a vivência afetivo-sexual é experienciada de forma singular, cada pessoa a experienciando no seu tempo e ao seu modo e que a gratificação proveniente da relação sexual depende da aceitação do parceiro, pois revelará a sua identidade de gênero intrapsíquica, possibilitando, nas suas minúcias, viver plenamente a sua sexualidade.

Também nos faz referências ao novo **papel social de gênero:**

> *[...] O significado que têm pra mim, que hoje eu me realizei como a Fernanda, eu lutei, eu sei o que passei, passei necessidade, levantei de madrugada, e sei que na convivência entre o nosso grupo (refere-se ao grupo das transexuais do HB) existiu um pouco de rivalidade, de trapaças entre elas, competições, críticas, às vezes alfinetadas, mas vi isso tudo como um aprendizado, eu aprendi, me espelhei, ás vezes aquelas que imaginou algum traço masculino jamais vão ser capaz e nessas que tava buscando um espelho, alguma coisa de vida, porque nós temos no grupo, pessoas que fez a cirurgia, que tem lar, um casamento de dezesseis anos, dezessete anos, isso é bom, isso faz de que nós acreditamos que realmente podemos ter o nosso espaço juntos com todo preconceito da sociedade, independente de*

> *qualquer coisa. Então isso que aconteceu... Mas sempre era bom pra gente, tá esperta uma com a outra, serviu de exemplo pra sala de aula, no trabalho na profissão mesmo, então tudo isto pra mim foi bom, foi ótimo, cresci... Cresci lá, com meu ex-marido, foi bom pro meu lado de maturidade, pra eu ser quem sou hoje, hoje sou a Fernanda que trabalho em comércio, aprendi do lado dele, administro muito bem minha vida, graças à Deus.*

Fernanda finaliza seu depoimento nos falando da sua trajetória e conquista da sua identidade. Compartilha da sua vivência no grupo de transexuais do HB-FAMERP, antes da cirurgia, revelando que, apesar de no relacionamento entre as transexuais, aparecerem sentimentos de rivalidades, competição, críticas, etc., pôde se espelhar naquelas que apresentavam um relacionamento mais estável e a conquista do seu espaço no papel social.

A vivência em grupos, segundo Fonseca e Rasera (2006, p. 168), permitem expressar e perceber sentimentos, sensações, formas de agir e características pessoais, através da integração e da interação espontânea que, muitas vezes, ocorre quando se reúne um grupo de pessoas. O grupo serviu para ela como facilitador para as transformações que construíram os seus novos papéis sociais.

Neste contexto, produzem padrões de comportamentos, linguagem, formas inusitadas no vestir, jeito de ser, de conviver, funcionando com códigos, bastante particulares ao grupo. Segundo Merengué (1999) a vigência conservadora dos papéis sexuais molda condutas presentes em qualquer expressão da sexualidade, referenciando modelos. Mas não podemos desprezar pequenas transformações, esforços minoritários de segmentos dentro deste universo que, com atitudes espontâneas e criadoras, repensam o seu modo de ser.

3.2.8 **Colaboradora 08 - Manuela**

Manuela, 23 anos, espírita, ensino médio, cabeleireira, classe B_2. Filha única, seus pais são separados e, no momento, morava com a mãe. Estava namorando há dois anos, diz que o

conheceu pela internet e estão se dando muito bem. Na ocasião da entrevista, fazia apenas um ano e quatro meses que sua cirurgia tinha sido realizada. Seu nome e sexo, ainda, não haviam sido retificados no Registro Civil.

Em seu depoimento, Manuela nos revela **a descoberta do corpo transgenitalizado:**

> *{...] A descoberta do meu corpo, ou seja, quando tive um primeiro contato íntimo com o meu novo sexo, foi estranho, precisei colocar o dedo dentro da vagina para sentir como ela era e para fazer a dilatação na primeira vez. "A primeira impressão foi de repulsa, de nojo. Estranho por o dedo dentro de uma vagina, sabia? Eu estranhei, pois era a primeira vagina que eu punha o dedo, e espero ser a única! Bem, daí, fiz a dilatação e percebi alguma sensibilidade, porém estava muito inchada e ainda me acostumando com isso, mas foi diferente, mas, ainda, não acreditava na possibilidade de ter um orgasmo! Mas, mesmo assim, estava satisfeita!*

Manuela nos revela a descoberta do seu novo genital, após a cirurgia de transgenitalização. Exprime um sentimento de estranhamento com o seu genital, a partir do momento em que começa a manipulá-lo. Aos poucos, foi vencendo o receio de se tocar, com os exercícios de dilatação, revelando-se na sua intimidade, apropriando-se de sua vagina e descobrindo a sua sensibilidade.

O pós-operatório, segundo Cury (2003); Conway (2006), exige dessas mulheres uma série de cuidados, para não haver uma atrofia e fechamento da neovagina. É de fundamental importância que se mantenha a dilatação, correta e rigorosamente, com o próprio dedo ou com um molde vaginal, especialmente, nos primeiros meses, como refere a colaboradora.

A colaboradora nos remete a sua experiência da masturbação e orgasmo:

> *[...] Tive meu primeiro orgasmo dormindo, tive um sonho erótico e pah! Acordei melada. Fiquei encucada e fui no banheiro me masturbar, mas fui devagar, pois estava ainda com um mês e meio de operada, tentei, tentei e gozei! Fiquei muito feliz de saber que posso gozar normalmente... e a primeira vez, digo que foi comigo mesma, pois todas as mulheres deveriam perder a virgindade consigo mesmas, pois, assim saberiam o que é gozar e*

> *não levariam frustrações para a cama, ou ainda não aceitariam um homem que não lhe desse prazer! É meio radical e até anticultural dizer isso, mas a mulher deveria romper o próprio hímen e não esperar alguém para fazer isso por ela. Pô! meu, é o seu corpo, seja antropofágica! Coma-se a si mesma para que depois alguém a coma! Assim, foi mais fácil para transar e permitir que alguém me desse prazer!*

A colaboradora revela a sua experiência do orgasmo, explicitando o seu desejo sexual despertado através de um sonho erótico. A partir desse momento buscou, se tocar aos poucos, até atingir o seu orgasmo. Ao descobrir o seu prazer, faz uma apologia à perda da virgindade pela masturbação, dizendo que toda mulher deveria buscar o seu próprio prazer. Para muitas, pode ser fácil essa manipulação pela masturbação, para outras, difícil, pricipalmente pelo medo de revelar o que ainda acham depreciativo em seu corpo.

Por fim, destaca a importância de conhecer e explorar o seu corpo para depois dizer ao parceiro do que gosta, ou mesmo para se sentir mais segura e confiante em sua experiência sexual. Conway (2006, p. 8) destaca essa questão levantada por Manuela sobre a virgindade, dirigindo alguns conselhos às mulheres pós-operadas "[...] ao perder a virgindade com os novos corpos e reações sexuais, pode tornar o namoro mais confortável e será mais fácil a próxima vez. Também, pode superar os medos sobre passar ou aparecer "boa de cama" ou sobre se o corpo ou qualquer cicatriz que pode provocar alguma observação ou dificuldade".

E nos remete **a temporalidade da relação sexual após a cirurgia:**

> *[...] Minha primeira vez não teve muito encanto, pois eu já me masturbava e foi com o meu antigo e atual namorado. Então, já sabia como ia ser, mas foi diferente. Lógico, foi bem melhor que antes, mas nunca levei a magia da virgindade para a cama; sempre, fui independente no sentido do prazer.*

Manuela revela uma autosuficiêcia em explorar a sua sexualidade. Valoriza a masturbação, experimenta sensações novas e diz que aprendeu a ganhar experiência consigo

mesma, antes de obtê-la com o parceiro. Se mostra independente e responsável pelo seu prazer.

E, assim, Manuela nos revela **a vivência do papel afetivo-sexual:**

> *[...] Estou mais tranquila e adaptada à nova vida; continuo namorando meu antigo namorado. Ele estranhou. Aquilo era novo para ele, de certa forma, pois ele estava acostumado a fazer sexo anal comigo, e vaginal é bem diferente e, principalmente, a minha que era muito apertada no começo; porém, com o tempo, nos adaptamos e estamos bem, pensamos em ter uma vida em comum, casar, etc.*
>
> *(...) Mas é muito difícil eu gozar com penetração, sei lá o ritmo é outro e o homem sempre goza mais rápido que você, e daí você fica a ver navios. Mas, se eu não gozo peço para o meu parceiro me masturbar, acho melhor, acho egoísmo homem gozar sozinho.*

Nos remete a sua vivência sexual da relação com o parceiro, na experiência de descobrirem juntos sensações e adequações do papel de gênero. Essa viagem de descoberta é, segundo Bruns (2004, p. 15), vivida a dois: "[...] ao permitir o desvelar-se da pessoa amada, desvelamo-nos também diante dela".

Prosseguindo em seu discurso, nos fala da sua vivência de seu **papel social de gênero:**

> *[...] Bem, após a cirurgia, eu renasci. Fiquei mais tranqüila. Uso a roupa que quero, saio de saia com ou sem calcinha. Adoro provocar, instigar; sempre gostei! Mas, no começo, minha voracidade sexual era mais como se fosse para provar que eu era fêmea. Fazia um test-drive do que havia conquistado, queria seduzir, usar minha vagina como instrumento de sedução. Claro que ser mulher na real é muito mais complicado que na fantasia! Você não pode simplesmente ir à caça e pronto.*
>
> *[...] os homens são muito preconceituosos e desconfiados, pois vivemos numa sociedade machista que imprime à mulher a submissão, e nunca o domínio da situação. Assustei muitos homens com essa minha atitude vanguardista, mas também aqueles que fisguei ficaram alucinados pelo fato de uma mulher voraz e insaciável, ser, muitas vezes, fruto da fantasia sexual*

> *deles e que, imaginavelmente, estaria alí pedindo e pronta para atender aos desejos mais secretos deles! Até quem sabia que eu era transexual e soube que eu havia operado ficou curioso e passou a me tratar de forma mais tranqüila, pois eu não tinha mais aquilo que o ameaçava e até com certa curiosidade de provar o que eu tinha de novo [...].*

A experiência relatada por Manuela, traz a expressão do papel de gênero, na sua "maneira de ser" feminina, mostrando uma sintonia entre o que sente e sua forma de agir. Passou a assumir o papel afetivo-sexual, numa espécie de brincadeira e treinos de papel (*role-playing*) sexo-social, como forma de confirmação da sua identidade e poder de conquista. O que era um atributo depreciativo, torna-se um instrumento de conquista e fantasia sexual, usa seu genital como objeto de prazer.

Para (Dias, 2006) o seu discurso revela uma dinâmica defensiva de atuação, testando na realidade os seus recursos. Sua essência é provocar, no ambiênte externo ou no outro, algum tipo de reação que o indivíduo deseja, age sobre as emoções ou necessidades, uma forma de não voltar-se para si.

A genitalização da sexualidade, para Bento (2003) é um dos dispositivos da sexualidade que fazem coincidir determinadas sensações com determinadas zonas corporais, reduzindo o corpo a zonas erógenas, em função de uma distribuição assimétrica do poder entre os gêneros (feminino/masculino), como nos mostra a colaboradora no seu relato.

Manuela, representa a expressão da mulher moderna que conquistou "a liberdade sexual", ao reivindicar o seu prazer, mas sua busca de realização afetivo-sexual, aparece de forma fragmentada e descontínua, característica que perpassa a identidade pós-moderna, que para Vaitsman (1994), vincula-se às trasformações nos padrões de institucionalização da vida afetivo-sexual.

As práticas afetivo-sexuais e os papéis nas relações e na família, segundo o mesmo autor, adquirem múltiplas significações, incorporando à visão de mundo a aceitação de uma

gama variada de comportamentos. Nesse sentido, embora a identidade pós-moderna seja parte da fragmentação que efetivamente existe na sociedade contemporânea, lida com ela de forma diversificada, criando possibilidades e alternativas.

Segundo Lipovetsky (2004), o indivíduo hipermoderno se caracteriza menos pela busca desenfreada de prazer do "*carpe diem*" e mais pela ânsia de encontrar um sentido que guie suas experiências frente os inúmeros desafios da realidade atual.

E finalizando a sua entrevista, Fernanda desvela, ainda, **a temporalidade da vivência da mulher transgenitalizada:**

> *[...] Enfim, agora me sinto encaixada no meu corpo; alma dentro do corpo certo, amei, valeu a pena tudo o que passei. Hoje estou tranqüila; agora me olho, vejo e digo: sou mulher!*

Segundo seu relato, esse corpo precisou ser reconhecido na sua singularidade, para que a partir dessa consciência, finalmente fosse integrado a sua identidade e pudesse expressar, com ênfase, o seu papel de gênero, agora mais pleno e cheio de significados.

3.2.9 **Colaboradora 9 – Roberta**

Roberta, 41 anos, católica, ensino médio incompleto, cabeleireira, classe C. No momento, está morando sozinha numa casa que construiu junto ao seu salão de beleza e, recentemente, havia comprou um carro, o que nos conta com muita alegria. Diz que, a cerca de um ano e seis meses, separou-se de seu companheiro após onze anos de relacionamento. Sua cirurgia foi realizada em 2000, e o processo para retificação de nome e sexo, no seu Registro Civil, ainda aguarda decisão judicial favorável.

Em seu depoimento, Roberta nos revela as primeiras experiências da **descoberta do corpo transgenitalizado:**

> *[...] Comecei a me olhar, a vagina era feia, inchada. Estava casada e depois de três meses, fui liberada para a relação sexual. (...) Tinha sensibilidade, mas nunca gostei de me tocar, sentia vergonha, mesmo com exercícios, só sensibilidade. (...) Sabe, percebo a minha vagina estreita e pequena.*

A colaboradora revela, inicialmente, a descoberta dos seus genitais, pelo olhar. A primeira vista, se refere como algo depreciativo "era feia, inchada", devido ao aspecto estético em que a vagina se encontrava no pós-operatório. Fala-nos da dificuldade encontrada em investir em seu novo genital. Apesar de não gostar e ter receio de tocá-la pôde perceber sua sensibilidade e suas características.

> *[...] Fui aos poucos percebendo sensações diferentes, mas não me tocava, passou a despertar em mim o desejo, excitação pelo meu marido e também por outros homens, mas não o orgasmo. Aí um dia, aconteceu, vendo o amigo do meu marido excitado. Aí comecei a experimentar o orgasmo e percebi que chego mais facilmente com pênis pequeno.*

Na sua vivência começou experienciar sensações novas e despertar desejos e fantasias sexuais, buscando nos homens o objeto sexual para obter o seu prazer.

Na sua vivência segue nos dizendo **A temporalidade da relação sexual após a cirurgia:**

> *[...] A primeira relação sexual com o marido foi um fracasso, porque não senti nada, não senti o orgasmo. Com ele era mais seguro confesso, mas não sentia nada. Então, por dois anos fiquei cumprindo o papel de mulher, ele não cobrava não se preocupava. Só se preocupava com o prazer dele.*

Apesar da segurança com o parceiro, Roberta revela a sua dificuldade de entrega na relação, assumindo um papel de gênero estereotipado, tipo de dominação-submissão ao parceiro fixado ao padrão da heteronormatividade (BENTO, 2003).

> *[...] Aí resolvi procurar o cirurgião e dizer a ele do meu problema e ele me encaminhou pro endócrino da equipe e ele, por sua vez, me pediu uns*

> *exames hormonais e deu que a testosterona estava bem baixa e me receitou um hormônio que já no segundo mês, deu resultado.*

Segundo Jurado et al. (2001), geralmente os transexuais já fazem uso da hormonioterapia na fase anterior à cirurgia, interrompendo a sua utilização por ocasião da cirurgia e que deve ser reintroduzida no pós-operatório e mantida por toda a sua vida, sob orientação médica, para evitar a queda abrupta nos níveis hormonais.

Prosseguindo em sua descrição, a colaboradora nos fala sobre **o temor da revelação da identidade de mulher transgenitalizada:**

> *[...] outro dia conheci um cara do sul, que apresentei aos meus pais, mas disse a ele que eu era hermafrodita e ele aceitou na boa [...].*

> *[...] Também fico constrangida na relação porque fiquei com uma cicatriz aparente, porque deu quelóide, procuro não deixar ver e evito o sexo oral.*

Em relação ao temor da revelação, Roberta descreve sua forma de manipular informações, devido o que seu estigma representa para ela. Utiliza-se de mecanismos de sobreviência psíquica e social, como estratégia discursiva, elaborando mentiras para evitar a revelação.

Exprime também uma preocupação com a aparência estética da vagina, devido à sua cicatriz (quelóide) que a cirurgia deixou em seu corpo, sendo para ela depreciativa e que prefere ocultar.

Ao se referir a **vivência do papel afetivo-sexual,** Roberta nos revela**:**

> *[...] Agora, estou separada há um ano e seis meses, depois de onze anos de relacionamento, foi bastante difícil, mas já estou bem.*

> *[...] Gostaria de encontrar um parceiro que fosse companheiro, amigo. Consegui me libertar de um, que amava, mas não o desejava, fui mais mãezona dele, sabe. Quero ser mulher de alguém quem cuide, tô cansada. Quero ser amada e cuidada e também quero um homem desimpedido. Sabe,*

> *têm muitos que te procura que é casado. Os relacionamentos hoje, ninguém quer nada com ninguém, com as mulheres também está assim... Hoje, estou me permitindo escolher, não quero qualquer um na minha vida não. Talvez, esteja mais exigente, mas tem que ser alguém que valha a pena, não quero mais sofrer.*

A colaboradora nos revela ter vivido, por anos, um vínculo de união estável, mas que acabou em separação e nos fala com angústia de fragmentos dessa relação. Hoje, já restabelecida, clama por encontrar um novo parceiro, mas que possa haver um investimento em sua individualidade.

E se reporta aos relacionamentos de hoje, em que as relações afetivas e sexuais estão muito banalizadas e vulgarizadas e, almeja por fim, um vínculo amoroso, cujo processo de construção descarta a descotinuidade, impessoalidade e coisificação das relações (BRUNS, 2004).

Roberta nos remete ao seu **papel social de gênero:**

> *[...] Hoje, saio sozinha, com amigas, freqüento os lugares, passo despercebida, mas sempre tem situações de esbarrar em alguém com olhar meio... mas não a ponto de me expor, finjo que não é comigo. Agora quando saio com alguma amiga transexual, percebo que expõe mais a minha imagem, então, evito porque perpasso muito mais, quando saio só. A única coisa que me expõe e me chateia é o problema da documentação, que o promotor barrou. Tipo quando vou ao banco ou mesmo pagar alguma conta que vou preencher um cheque aí é complicado tenho que ficar explicando.*
>
> *(...) Penso em conseguir a retificação do meu nome porque quero viver fora, na Europa. Tenho amigos, me relaciono bem, trabalho pra isso, tenho um padrão de vida que posso me proporcionar isso. Lá, penso em conhecer um parceiro e viver a minha vida, tranqüila. Penso na minha família, minha mãe está doente [...].*

Na expressão do seu papel social de gênero feminino transita entre o comportamento do indivíduo desacreditável e desacreditado, referindo ainda ao “olhar” estigmatizador do

social. Refere que sua inserção ao mundo da heteronormatividade torna-se delicada, pois aparece ligada à identidade transexual, sente que pode ser questionada e/ou reconhecida como tal, preferindo então, não aparecer junto a seus pares.

Segundo Zambrano (2003), o fato de sentirem pertencendo a uma mesma categoria não faz com que tenha obrigatoriamente uma vida comunitária. Ao contrário, parece evitar o contato com outros transexuais na vida diária, como evidencia o depoimento da colaboradora.

Roberta nos revela sua inconformidade, com a decisão judicial, da negativa da retificação de seu nome e identidade civil. Situação que a coloca em posição de extrema visibilidade, tendo que enfrentar a sociedade, de modo estigmatizado. Segundo Zambrano (2003) a identidade social – nome, estado civil, direitos e deveres, também precisam ser enfrentados com a cirurgia, visto que colocam a mulher transgenitalizada em confronto com uma série de conceitos e pré-conceitos culturais, expressos por decisões muitas vezes conflitantes.

Remetendo novamente a sua fala, Roberta vislumbra uma vida em que possa ser reconhecida na sua legitimidade e uma trajetória que encontre ressonância para viver de forma plena a sua subjetividade.

Nesse momento da sua descrição nos revela **a temporalidade da mulher transgenitalizada:**

> *[...] Então, a cirurgia foi tudo. Hoje, me sinto integrada com o meu corpo, já até esqueci, nem lembro.*

Roberta descreve a relação que estabeleceu com o seu corpo após a cirurgia, de corpo fragmentado e parcial, pôde reconhecê-lo como próprio e pessoal. Para Naffah Neto (1980), ocorre uma conquista de uma imagem que confirma a sua identidade corporal.

Para Vaitsman (1994), embora a identidade pós-moderna seja parte da fragmentação que efetivamente existe na sociedade contemporânea, lida com ela de forma diversificada, criando possibilidades e alternativas.

3.2.10 **Colaboradora 10 – Mariana**

Mariana, 29 anos, espírita, ensino médio completo; trabalha como comerciante de jóias, classe B_1. Atualmente mora com seus pais e diz ter ficado noiva há dois anos e que seu relacionamento é fantástico. Sua cirurgia foi realizada no ano de 2005, e o processo para retificação de nome e sexo, no seu Registro Civil, ainda aguarda decisão judicial favorável.

A colaboradora, em seu depoimento revela inicialmente **a descoberta do corpo transgenitalizado:**

> *[...] Foi uma fase mágica e cheia de mistérios a onde eu me descobria a cada relação.*

Mariana, se reporta a fase pós-cirúrgica, como um período mágico e nos dizendo que aos poucos foi se descobrindo e revelando o que era desconhecido.

Segundo Benjamin (1997, p.07), após a cirurgia, as reações emocionais são, invarialvelmente, mais acentuadas do que as de características físicas, devido a grande expectativa e desejo que carrega o transexual em sua tragetória de vida. Nesse período uma sensação de grande bem estar costuma tomar conta das pacientes por atingir sua meta tão esperada.

Mariana nos remete **a temporalidade da relação sexual após a cirurgia:**

> *[...] Foi muito frustrante e encantador ao mesmo tempo, a primeira relação, porque tinha o desejo de ter a relação e o medo do desconhecido, mas eu tive o suporte e o entendimento do meu noivo, onde houve uma troca de*

> *experiência da parte dele que ele me instruiu e explicou as dúvidas que iam surgindo a cada passo da relação.*

A colaboradora revela uma ambiguidade em seus sentimentos, por ocasião da primeira relação sexual, ao mesmo tempo em que deseja, para que possa atingir a sua intimidade, a afasta, pelos fantasmas de sentir-se inapropriada. O parceiro, aos poucos, pôde desempenhar o papel de "ego auxiliar" na confirmação de sua identidade; participação de extrema importância para que possa realizar-se sexualmente, principalmente quando exercida por uma pessoa pela qual ela nutre sentimentos.

> *[...] Sensações da primeira relação: medo, insegurança e choro, rsrrsrsrsrs. Penetração: desconfortável, porém prazeroso. Conclusão: tive prazer, mas não tive orgasmo. Como se tivesse participado de uma corrida importante, mas não cheguei em primeiro lugar [...].*

Quando a primeira relação acontece, muitas vezes o que poderia ter sido bom e agradável, ganha contornos de frustração. O misto de sentimentos presente no momento dessa experiência de reconhecimento é singular, ao mesmo tempo que teme, busca o prazer. O processo é gradativo, de conquista do prazer e do orgasmo, nem sempre chegando a satisfação plena.

> *[...] Portanto, decidi que precisava de uma ajuda psicológica para melhor desenvolvimento sexual e um acompanhamento mais detalhado de um ginecologista e assim foi feito, comecei o tratamento onde cada sessão e cada consulta eu tinha mais confiança em mim mesma. Durante o percurso do tratamento houve outras relações onde o meu desempenho sexual foi aumentando e foi fogo, rsrsrsrsrs [...].*

A colaboradora de forma mais objetiva, buscou sem muito questionamento pelo auxílio de informação e educação para obter um melhor desempenho sexual e segurança e domínio na relação. Pôde encontrar um profissional que a auxiliou na sua capacidade de obter

um prazer com mais segurança e erotização. Além reparação de suas angústias quanto à identidade existencial e relacional.

A colaboradora expressa ainda sobre a **vivência do papel afetivo-sexual:**

> *[...] O dia G: foi um dia especial onde fizemos uma viagem para São Paulo, para comemorar o aniversário do nosso noivado, ficamos em uma bela suíte, onde teve direito a champagne e outros apetrechos, o meu noivo como sempre muito atencioso e carinhoso, fez uma bela pré-liminar, quando dei por mim, estava envolvida totalmente no laço de amor, onde via por si só que já não era mais conduzida e sim conduzia a situação, me senti muito orgulhosa de mim mesma e fui aos delírios do G.*

Mariana, nos revela os sentidos e significados atribuído a sua vivência afetivo-sexual, mergulhando no mundo de fantasias, do imaginário, desvelando-se numa viagem sem fronteiras, possibilitando o verdadeiro encontro. Bruns (2004, p. 15) diz que "[...] o encontro amoroso ocorre quando os dois conseguem operacionalizar o tempo. Havendo, portanto, uma preparação criativa, uma predisposição para viver o extraordinário, nessa fantástica caminhada existencial."

Retorna agora ao seu discurso sintetizando **a temporalidade da vivência da mulher transgenitalizada:**

> *[...] Sinto em dizer que termino essa declaração com uma frase: Viver como mulher foi bom, mais ser mulher é maravilhoso.*

Finaliza o seu depoimento, declarando um estado de total integração no papel de gênero em que a sua identidade a define.

Após exposição da análise dos depoimentos das colaboradoras dessa pesquisa, apresentaremos, no próximo capítulo, a síntese desta análise com o intento de delinear a estrutura geral do fenômeno que nós indagamos: a vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas.

Capítulo 4

DESVELANDO SENTIDOS: A VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE MULHERES TRANSGENITALIZADAS

Nesse percurso de delineamento da vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas e dos sentidos e significados que atribuíram às suas vivências, chegamos a este momento refletindo acerca da temporalidade desse fenômeno. Realizamos este estudo com a contribuição das colaboradoras que compartilharam conosco as suas vivências pessoais – mulheres que após a cirurgia de transgenitalização mergulharam em suas mais íntimas vivências e concederam-nos seus depoimentos.

Compreendemos que em tempos de transições significativas, o cenário atual, marcado pela diversidade, vem nos possibilitando situar no mundo novas transformações sociais, que se encontram no centro das discussões sobre a pós-modernidade, ou mesmo, uma hipermodernidade e, tem nos chamado a atenção, cada vez mais, para fenômenos novos da vida contemporânea.

Com a diversificação em curso, nossas construções subjetivas atuais têm se mantido em uma temporalidade na qual a dor psíquica pode ser resultante de um processo de busca pelo reconhecimento do “eu”, aceitação ou não aceitação e acolhimento como ser no mundo.

Corroborando Bérgson, deve-se sentir o tempo não como uma descontinuidade de momentos consecutivos em uma linha infinitamente divisível, mas como uma duração que flui de forma contínua e indivisível. Desse modo, o tempo deve ser percebido como o movimento que se prolonga por si, uma mudança incessante, algo totalmente criador, estabilidade móbil da vida que pode ser dilatada indefinidamente para o passado e o futuro (KOHAN, 2007; NAFFAH NETO, 1979;).

Embora cada colaboradora tenha atribuído significados plurais a sua experiência, cada uma pode encontrar uma resposta para se relacionar com o seu corpo, com suas performances de gênero e articular estes níveis em sua subjetividade. Apresentamos então, algumas reflexões sobre os significados que foram atribuídos por elas ao fenômeno indagado, numa síntese compreensiva.

Nos depoimentos sobre **a descoberta do corpo transgenitalizado**, pudemos constatar que houve uma convergência entre todas elas no que se referem as suas buscas e satisfação, através da automanipulação e pelo reconhecimento de seu “novo corpo” à procura do seu “novo genital”, que pode ter um aspecto estético satisfatório ou não.

Segundo estudo realizado por Landen et al. (1998), na Suécia, com mulheres transgenitalizadas entre 1972 e 1992, apenas 3,8% delas arrependeram-se do procedimento cirúrgico e tendo como principal motivo desse arrependimento a falta de suporte familiar ou o diagnóstico incorreto da transexualidade.

Por meio de um investimento erótico sobre o novo genital, descobrem pontos que proporcionam novas sensações prazerosas e até a experiência do orgasmo, que pode ocorrer por meio de sonhos eróticos, pela masturbação ou pelo ato sexual, conforme relatam as colaboradoras 1, 4, 6 e 8.

O sofrimento psíquico do transexual está no sentimento de uma total inadequação entre o seu corpo biológico e o psicológico e, de outro modo, entre a sua identidade psíquica e sua identidade civil. Essas pessoas manifestam uma convicção inabalável de pertencer ao sexo oposto e reivindicam uma exigência inflexível de adequação sexual, como se essa discordância entre o sexo anatômico e aquilo que sente ser, se encontrasse em um corpo disforme e doente (CECARELLI, 2003).

Desse modo, após a cirurgia, o indivíduo passa a estabelecer uma relação harmônica com esse corpo, com o investimento sobre ele e atribuindo-lhe um novo significado, representado por uma integração essencial entre a identidade biológica e psicológica, permitindo o exercício da sua sexualidade.

Portanto, para que o indivíduo possa exercer plenamente a sua sexualidade, é indispensável que o seu corpo seja provido das necessidades biológicas, psicológicas e sociais básicas (COSTA, 2005).

Ainda sobre a exploração do corpo, para Naffah Neto (1980, p. 23), no período de formação do “eu”, o corpo infantil existe como um corpo-disperso, isto é, o corpo não é vivido pela criança como uma identidade, ou seja, como um eixo que permanece e se mantém idêntico a si mesmo através do tempo. Existe tão somente enquanto função fisiológica, ou, como diz Moreno, enquanto “papel psicossomático”.

O uso auto-erótico do corpo representa, desde a infância, uma modalidade importante na projeção que faz o indivíduo de si mesmo e na integração dos genitais na construção da sua imagem corpórea (VERDE; GRAZIOTTIN, 1997).

Em relação **à temporalidade da relação sexual após a cirurgia**, destacam-se as experiências vividas pelas colaboradoras no início da atividade sexual após a cirurgia. Há uma convergência entre os relatos das colaboradoras 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10, quanto às dificuldades em iniciar suas atividades sexuais, que podem ser decorrentes da ansiedade, da insegurança e do conflito entre o desejo e o medo do novo; tanto que algumas Colaboradoras, como a 5 e 7, se referem à este momento como a perda da virgindade ou a primeira relação sexual.

Elas revelam sensações prazerosas, de dor ou desconforto e dificuldade em atingir o orgasmo. Sensações que vão gradualmente se normalizando com o tempo e com o aprendizado. Referem-se um misto de encantamento e frustração: encantamento por poderem finalmente atuar no papel de gênero desejado e frustração pelas dificuldades encontradas em atingir o objetivo máximo do prazer, como revela a Colaboradora 10: “[...] *tive prazer, mas não tive orgasmo, como se tivesse participado de uma corrida importante, mas não cheguei em primeiro lugar*”.

Algumas mulheres pós-operadas podem demorar a ter suas primeiras relações sexuais, especialmente se estavam sexualmente inativas ou assexuais devido à sua angústia de gênero.

Porém, estas mulheres também irão, gradualmente, experimentar a excitação genital, o desejo sexual e, por fim, atingir uma libido saudável (VERDE; GRAZIOTTIN, 1997).

Sobre **o temor da revelação da identidade da mulher transgenitalizada** aos parceiros e o processo de assumirem e revelarem a sua identidade. Denota-se uma convergência entre as Colaboradoras 2, 6 e 9, que remetem-se à preocupação que têm com a possibilidade de sofrerem agressões psicológicas e/ou físicas e chegam a utilizar mecanismos de sobrevivência psíquica e social (encobrimento), como a invenção de mentiras e a manipulação de informações bem como recorrem até mesmo ao isolamento social para evitar tais constrangimentos. Como expõem Goffman (1980); Nunan (2003), diante da possibilidade de ser vítima de preconceito e discriminação, o indivíduo pode utilizar mecanismos de defesas como o encobrimento, de forma a esconder ou manipular informações sobre a sua verdadeira identidade. Geralmente, a pessoa estigmatizada questiona sua própria identidade social, como se estivesse inabilitada para ser aceita ou acolhida integralmente.

Desse modo, segundo Dias (2006), a sensação de não acolhimento e de não pertencimento gera uma angústia relacionada ao instinto de sobrevivência do indivíduo.

O relacionamento pode ser comprometido pela revelação do seu estado transgenitalizado, onde a reação do parceiro pode ser de compreensão e/ou abandono devido ao seu estigma, como nos revelou a colaboradora 6. Alguns indivíduos estigmatizados, por necessidade pessoal ou para evitar algum tipo de desgaste psicológico, optam por revelar-se.

Para Verde e Graziottin (1997, p.149), nos transexuais emergem uma necessidade afetiva muito forte e a necessidade de conquistar uma identidade gênero reconhecida, desta maneira, podem relegar a sua sexualidade a segundo plano, priorizando as necessidades afetivas e de aceitação pessoal e social.

Dentro da **vivência do papel afetivo sexual**, há convergência entre as falas das colaboradoras 1, 2, 3, 4 e 7 ao demonstrarem a sua satisfação pessoal em representar seu novo

papel; experienciar uma sensação de liberdade sexual, antes impossível de ser atingida; e, não ter que esconder seu genital do parceiro, assumindo um papel afetivo-sexual identificado pela integração entre o seu componente biológico e psicológico.

No transexual MtF, a necessidade de ser aceita e reconhecida ou de assumir a sua identidade é, muitas vezes, tolhida em sua expressão espontânea, por meio do lançamento de recurso defensivos (representar papéis ou personagens), por temer que o seu estigma seja revelado. À medida que reconhece o seu novo genital, integrado ao seu corpo, ela exprime um sentimento de muita satisfação por ter vencido a sua discordância de gênero e poder ser reconhecida e aceita no seu papel como mulher.

Segundo Freire (2000, p.18), é no reconhecimento por meio daqueles que o espelham que o seu psiquismo pode reconhecer o corpo que lhe é próprio e pessoal.

Dentro dessa categoria, evidenciou-se uma divergência no discurso da colaboradora 2, nos revelando um funcionamento psíquico de ter a sensação de não acolhimento e não pertencimento ao mundo, ao mesmo tempo em que desenvolve papéis e interagindo com ele, embora persistindo numa forma mais regredida de não pertencer a nenhum mundo. Esse modo de funcionamento acarreta o isolamento devido às prescrições idealizadas do ego ideal.

Segundo Fonseca (2000), essa dinâmica manifesta-se em indivíduos inseguros quanto a sua identidade e quanto à consciência do valor de si mesmo, apresentando dificuldades relacionais com conseqüente sofrimento psíquico e dificuldade de inserção social.

As Colaboradoras 1, 2, 3, e 5 convergem em seus depoimentos ao revelarem conflitos emergidos entre os papéis de gênero e poder, como a desigualdade, a dominação-submissão e a maior tolerância com o papel masculino.

Para Chiland (1999), uma das características dos transexuais é a reprodução dos estereótipos de gênero. Para obterem mais segurança, no processo de sua inserção social,

muitas tentam reproduzir o modelo da mulher submissa, destacando traços identificados com as normas de gênero.

Outra situação que emerge dos depoimentos é o aparecimento do ciúme por parte do parceiro, estando mais presente nos relacionamentos estáveis, como o das colaboradoras 3 e 5, evidenciando o entrelaçamento das relações de gênero e poder.

Ainda dentro desta categoria, aparece a presença do relacionamento afetivo estigmatizado, onde as colaboradoras 2 e 7, convergem por assumirem o papel de um indivíduo desacreditável, isto é, que encobre seu estigma.

Os estereótipos de gênero também estão presentes nesta categoria, pois, as colaboradoras 1, 3, 4, 8 e 9 convergem em relação aos papéis de gênero e suas fantasias, em que prevalece o tipo de união romântica, no qual a mulher realiza-se como dona de casa, mãe e esposa atenta às necessidades e desejos do companheiro (BENTO, 2003).

O papel social de gênero é aquele em que se revelam as atitudes e comportamentos de gênero no contexto sócio-cultural no qual o indivíduo pertence. Dentro desta categoria, em que o estigma pode ser encoberto por meio de tratamentos estéticos e a utilização de vestuário feminino, encontra-se uma convergência da expressão do <u>papel social de gênero estigmatizado</u> entre as colaboradoras 5, 7, 8 e 9.

Segundo Goffman (1980); Nunan (2003), o fato do indivíduo estigmatizado, esconder ou exercer um controle estratégico sobre sua imagem, é para evitar perturbações nas suas relações íntimas e sociais, prevenindo-se de todas as formas possíveis para que o seu estigma não seja revelado inadvertidamente.

A colaboradora 7, faz referência da importância de espelhar-se em modelos de indivíduos transexuais, com relacionamentos bem sucedidos, como justificativa da busca de uma identidade de gênero e espaço social, apesar do preconceito. O grupo serviu para ela como facilitador das transformações que construíram seus novos papéis sociais. Segundo

Merengué (1999) a vigência conservadora dos papéis sexuais molda condutas presentes em qualquer expressão da sexualidade, referenciando modelos. Desse modo, esforços minoritários de segmentos dentro deste universo podem promover transformações, através de atitudes espontâneas e criadoras, repensando o seu modo de ser.

Dentro dessa categoria, denota-se uma convergência entre as colaboradoras 7 e 8 em assumirem uma posição de vanguarda, como discurso de defesa, em relação a seu papel social de gênero feminino, transitando entre um estado de dependência para um de afirmação, revelando um papel de gênero de mulher independente, auto-suficiente, que é demarcado, na sociedade atual, pela contemporaneidade, na qual a mulher conquistou a independência econômica e a liberdade sexual, o que também torna-se verdadeiro para as mulheres transgenitalizadas e reprodutoras dos estereótipos de gênero.

Do mesmo modo, a colaboradora 8 nos revela uma dinâmica defensiva de atuação, testando na realidade seus recursos, por meio da utilização de roupas provocantes e do uso da sua genitália como instrumentos de sedução masculina. Alega voracidade e insaciedade sexual para atingir o imaginário do homem, que teria fantasias ou curiosidade de experimentar um corpo transgenitalizado.

Para Bento (2003), a genitalização da sexualidade é um dos dispositivos da sexualidade que faz determinadas sensações coincidirem com determinadas zonas corporais, reduzindo o corpo a zonas erógenas, em função de uma distribuição assimétrica do poder entre os gêneros. Ainda, de acordo com Dias (2006), a utilização da dinâmica defensiva de atuação tem como essência provocar, no ambiênte externo ou no outro, algum tipo de reação que o indivíduo deseja, agindo sobre as emoções ou necessidades, uma forma de não voltar-se para si.

Nesta categoria, aparece pela primeira vez o estigma do nome no Registro Civil pela colaboradora 9. Segundo Zambrano (2003) a identidade social – nome, estado civil, direitos e

deveres, também precisam ser enfrentados com a cirurgia, visto que colocam a mulher transgenitalizada em confronto com uma série de conceitos e pré-conceitos culturais, expressos por decisões muitas vezes conflitantes.

Para Vieira (2004, p.102), uma das características da sociedade moderna é o reconhecimento da dignidade como sentimento exclusivo do cidadão. Esse sentimento de dignidade é tipicamente interpessoal e afeta as relações de reconhecimento entre os indivíduos de uma mesma sociedade. Dessa forma, é evidente que a posse da dignidade é um requisito necessário para participação em um Estado Democrático, de modo que a exclusão dessa participação, por sua perda temporal ou permanente, equivale a uma privação da pessoa. Todo ser humano tem direito a uma identidade social, ou seja, ser conhecido e reconhecido pela sociedade por um nome – que define sua individualidade.

Dentro da **temporalidade da vivência da mulher transgenitalizada**, mais uma vez, destacam-se os encantos e desencantos da mulher transgenitalizada. Nota-se uma convergência entre os depoimentos das colaboradoras 1, 2, 4, 8, 9 e 10 no que se refere à satisfação com a sua condição afetivo-sexual após a transgenitalização, por esta eliminar uma discordância sexual fundamental e reafirmando sua identidade de gênero.

No discurso da colaboradora 2 aparece uma divergência em relação as demais, evidenciada por uma contradição, pois tenta suavizar, numa fala defensiva e de conformidade, a sua dor psíquica. Apesar de ter um discurso mais elaborado, estruturado de defesas psicológicas, nos revela o funcionamento de um “falso eu” ou representado por prescrições do “eu ideal”, sucumbindo às interpolações de resistências naturais da vida. O “falso eu” funciona como uma casca protetora sobre o “eu real” (FONSECA, 2000).

Todo indivíduo constrói uma identidade através da experimentação das vicissitudes existenciais dos períodos evolutivos da vida. As psicodinâmicas relatadas como pertencentes aos transtornos de identidade são, na verdade, patrimônio psicológico de todos os seres

humanos. O que distingue essas pessoas, que agregam de forma marcada as suas características, é o complexo fato de terem sofrido mais, por condições interno-externas, no período de formação da identidade, e de buscar desesperadamente no presente o que não conseguiram no passado. Deve-se enfatizar que a conotação patológica obedece uma escala gradual de intensidade: em um extremo encontramos as características normais do traço; no outro, as patológicas. Nos distúrbios de identidade as manifestações são maciças e mais dolorosamente evidentes (FONSECA, 2000).

Segundo Lipovetsky (2004), o indivíduo hipermoderno se caracteriza menos pela busca desenfreada de prazer do "*carpe diem*" e mais pela ânsia de encontrar um sentido que guie suas experiências frente os inúmeros desafios da realidade atual.

Neste sentido, pode-se dizer que, a mulher transgenitalizada, no cenário atual, passou a compreender esse processo como um dos elementos necessários, embora não o único, para o seu reconhecimento e inserção social no mundo contemporâneo.

Capítulo 5

HORIZONTES

Diante da trajetória percorrida através dessa pesquisa sobre a vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas, buscamos a compreensão do fenômeno sob várias perspectivas.

Diante dos avanços tecnológicos, cada vez mais a questão da subjetividade tem alcançado um lugar na constituição de singularidades marcadas pelos efeitos da contemporaneidade. Entre eles, está a cirurgia de transgenitalização.

A transexualidade abordada aqui como um fenômeno contemporâneo, caracteriza-se como uma total inversão da identidade de gênero e sob enorme expectativa o transexual visualiza uma mudança em toda a sua maneira de viver, com todas as suas conotações afetivas e socioculturais, muito além do que uma transformação cirúrgica possa oferecer. Querem ser reconhecidas socialmente como membros do gênero com o qual se identificam.

Não podemos entender gênero enquanto uma mera delimitação biológica entre homens e mulheres, mas sim como uma construção social, cultural e histórica acerca das relações entre homens e mulheres.

Segundo Winck e Petersen (2005), gênero passa a ser entendido como a percepção das diferenças intrínsecas aos sexos, partindo do pressuposto no qual gênero é uma maneira de significar relações de poder institucionalizadas, onde as mudanças na organização das relações sociais sempre correspondem a mudanças nas relações de poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente um único sentido.

A sexualidade tem acompanhado a trajetória histórica das relações de gênero, onde o poder masculino (patriarcado) tratou de expurgá-la do seio moral da família, priorizando e legitimando a relação sexual como uma via de reprodução e, ocasionalmente, como meio de obtenção de prazer, mesmo que unilateral. Desse modo, tal modelo passou a sustentar-se em uma relação conjugal fundamentada em rígidos pressupostos de moralidade, onde temas como virgindade, heterossexualidade e resignação feminina passaram a constituir o modelo

institucionalizado para a família normal. Assim, transformou em tabu o diálogo sobre sexualidade e marginalizou todas as demais formas de expressão sexual que diferissem do padrão vigente.

Neste plano, a vivência de uma situação como a transexualidade no ambiente familiar e social pode se mostrar um imprevisto extremamente ansiogênico. Em um sistema tão arraigado a questões seculares, lidar com assuntos como este pode representar a necessidade de mudanças normativas nem sempre bem vindas em uma estrutura já naturalizada como exprimem nossas colaboradoras.

Portanto, as mulheres transgenitalizadas, como não tiveram acesso à socialização de uma menina, tampouco vivenciaram os processos de interiorização das verdades que resultam na incorporação de um determinado gênero, terão de aprendê-las. Na tentativa de encontrarem pontos de apego socialmente aceitos para o gênero e, dessa forma, adquirirem inteligibilidade, vivem em busca de reproduzir estereótipos do gênero, mas devem atualizá-los em suas práticas para serem aceitos como membros do gênero em que se identificam (BENTO, 2003).

Nas últimas décadas, devido a uma maior tolerância social às variações dos padrões de comportamento sexual, tem aumentado o número de indivíduos que procuram assistência médica, alegando inconformidade com seu estado e aparência sexuais, desejando uma cirurgia transformadora que lhes permita adquirir um aspecto ao sexo contrário do seu sexo anatômico. São fatos da contemporaneidade para os quais não temos como fechar os olhos e nos levam a pensar em nossa atuação como cidadãos e profissionais da saúde.

Em função desse aumento de demanda da procura de auxílio médico por parte dos transexuais, tornam-se crescente a necessidade da instituição de espaços estruturados de atendimento global para eles, suas famílias e amigos. Pois, segundo Landen et al. (1998), os dois principais motivos de arrependimento da cirurgia de transgenitalização foram à falta de suporte familiar e o diagnóstico incorreto da transexualidade.

Existe uma dificuldade na abordagem desse tópico devido a vários fatores, que vão desde o puro preconceito e falta de informações até a complexidade e necessidades de pareceres diagnósticos de profissionais de diversas áreas de atuação. Há também uma dificuldade inerente à própria compreensão desses indivíduos, que pode decorrer da coexistência de outros transtornos psicológicos associados e das discriminações socialmente atribuídas à condição. Tal situação nos remete à necessidade da criação de centros especializados de diagnóstico, tratamento e apoio a essas pessoas, além do incremento de pesquisas nas diversas áreas envolvidas na temática transexual.

Deve-se estimular a criação de Associações não-governamentais com objetivo de apoio aos centros de atendimentos aos transexuais, promoção de eventos científicos, esclarecimento à sociedade e reivindicar direitos.

Devemos caminhar em uma direção de modo a propiciar, tanto antes quanto após a cirurgia, a estruturação de uma rede de apoio integrada entre a família e o social para suporte desses indivíduos promovendo seu bem-estar e segurança. Podemos ver nos discursos das nossas colaboradoras que os melhores resultados foram obtidos justamente na presença de um suporte familiar adequado e na presença de parceiro fixo onde a transexualidade já era conhecida anteriormente.

A cirurgia, em si, foi muito bem recebida por todas elas, mas devemos refletir para o fato de que, diante da sociedade, estas pessoas ainda apresentam grandes dificuldades no reconhecimento pleno e espontâneo da sua condição feminina e que, mesmo após a cirurgia e mudança de nome no registro civil, muito provavelmente ainda serão vistas como transexuais pelos olhos do social com todas as concepções preconceituosas e marginalizadoras associadas a essa condição.

Essa cirurgia lhe permitirá desfrutar do status social do gênero com o qual se identifica e, ao mesmo tempo, exercer a sexualidade com o órgão genital apropriado.

Mesmo que existam regras, que se tracem planos e sejam criadas estratégias e técnicas, haverá aqueles e aquelas que não se identificam com os padrões sociais estabelecidos como masculinos e femininos, adotando condutas, muitas vezes, que seriam correspondentes ao outro sexo, rompendo regras e transgredindo arranjos. Esse é o exemplo dos transexuais que se apresentam à sociedade, como sendo do sexo diferente do seu sexo anatômico, gerando, em função disto, uma pressão muito forte pelo preconceito, estigma vivido e discriminações.

Portanto, segundo Vainer e Fiorini (1995), a transexualidade constitui mais um exemplo de como seria importante à sociedade permitir-se refletir sobre novas formas de apresentação da subjetividade nos tempos atuais.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS*

ABDO, C. H. N. **Conceito da sexualidade:** transexualismo. Disponível em: <http://www.museudosexo.com.br>. Acesso em: 27 maio 2005.

ALMEIDA, W. C. **Defesas do ego**: leitura didática de seus mecanismos. São Paulo: Agora, 1996.

AMATUZZI, M. M. Pesquisa fenomenológica em psicologia. In: **Psicologia e fenomenologia:** reflexões e perspectivas. 2. ed. Campinas: Editora Alínea, 2007. cap.1, p. 15-34.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** DSM-IV-TR™ – Tradução Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARNOLD, A. P. et al. Minireview**:** sex chromosomes and brain sexual differentiation. **Endocrinology**, United States, v. 145, n. 3, p. 1057-1062, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil.** Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 13 mar. 2006.

ATHAYDE, V. L. Transexualismo masculino. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia,** São Paulo, v. 45, n. 4, p. 407-414, 2001.

BAUMAN, Z. **Amor líquido:** sobre a fragilidade das relações humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

_____. A sociedade líquida. **Folha de São Paulo. Editorial Mais!** São Paulo, 19 out. 2003. Disponível em: <http://www.fws.uol.com.br/folio.pgi/fsp2003.info>. Acesso em: 27 nov. 2006.

_____. **Vida líquida.** Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

BEAUVOIR, S. O segundo sexo. **Revista Vida Simples**, São Paulo, v. 18, p. 21, 2004.

BELLO, A. A. **Fenomenologia e ciências humanas:** psicologia, história e religião. Bauru: EDUSC, 2004.

BENJAMIN, H. **The transexual phenomenon – 51 male transexual and results of their operation.** Germany, 1997. Disponível em: <www.symposion.com/ijt/benjamin/chap_08htm>. Acesso em: 27 maio 2005.

---

* De acordo com:
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.
DIRETRIZES PARA APRESENTAÇÃO DE DISSERTAÇÃO E TESES DA USP. Doc. eletr. e impresso/ Vânia M. B. de Oliveira Funaro, coord. [et.al.]. São Paulo: SIBi – USP, 2004.

BENTO, A.de M. **A reinvenção do corpo:** sexualidade e gênero na experiência transexual. 2003. Tese (Doutorado)-Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRADLEY, S. J. et al. Interim report of the DSM IV subcommittee on gender identity disorders. **Archives of Sexual Behavior**, United States, v. 20, n. 4, p. 333-343, 1991.

BRUNS, M. A. T**.** A redução fenomenológica em Husserl e a possibilidade de superar impasses entre a subjetividade e a objetividade. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. (Org.). **Psicologia e fenomenologia:** reflexões e perspectivas. 2. ed. Campinas: Editora Alínea, 2007. cap. 4, p.57-66.

BRUNS, M. A. T; ALMEIDA, S. **Sexualidade:** preconceito, tabus, mitos e curiosidades. Campinas: Átomo, 2004.

BRUNS, M. A. T.; SANTOS, C. Diversidades sexuais, corpos e desejos em transformação. **Revista Eletrônica da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro,** Minas Gerais, v.10, n. 2, p. 105, jul./dez. 2006.

BUSTOS, D. M. **Perigo...amor à vista!** Drama e psicodrama de casais. São Paulo: Aleph, 1990.

BUTLER, J. P. **Bodies that matter**: on the discursive limits of sex. New York/London: Routledge, 1993.

_____. **Problemas de gênero:** feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CALVENTE, C. F. **O personagem na psicoterapia:** articulações psicodramáticas. São Paulo: Ágora, 2002.

CANELLA, P. Processo transexualizador no SUS. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p.367-368, 2006.

CASTEL, P. H. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transexual" (1910-1995). **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 21, n. 41, 2001. Disponível em: http://www.scielo.org/php/index.php?lang=pt . Acesso em: 13 mar. 2006.

CAVALCANTI, R. C. Identidade de gênero: novos aportes. In: **Sexologia e ginecologia**. Febrasgo. Rio de janeiro: MEDSI, 1995. cap.10, p. 74-88.

CECARELLI, P. R. (Org.). **Diferenças sexuais**. São Paulo: Escuta, 1999.

_____. Preso em corpo não reconhecido como próprio**:** transexualismo, ambigüidade e conflito de identidade sexual. In: QUAYLE, J. **Adoecer:** compreendendo as interações do doente com sua doença. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 81-101.

_____. Transexualismo e caminhos da pulsão**. Reverso, Revista de Psicanálise,** Minas Gerais, v. 25, n. 50, p. 37-49, 2003.

CHILAND, C. **Cambio de sexo**. Madrid: Biblioteca Nueva, 1999.

_____. The psychoanalyst and the transsexual patient. **The International Journal of Psycho-analysis**, England, v. 81, n. 1, p. 21-35, 2000.

COHEN-KETTENIS, P. T.; GOOREN, L. J. G. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment**. Journal of Psychosomatic Research**, England, v. 46, n. 4, p. 315-333, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM n° 1.482/97. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, nº 181, 19 set. 1997. Seção 1, p. 20.

_____. Resolução CFM nº 1.652/2002. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, n.232, 2 dez. 2002. Seção 1, p. 80.

CONTRO, L. **Nos jardins do psicodrama:** entre o individual e o coletivo contemporâneo**.** Campinas: Editora Alínea, 2004.

CONWAY, L. **Vaginoplastia:** cirurgia de redesignação sexual (SRS) de homem para mulher (MtF)**.** [S.l., 2000-2005]. Disponível em: <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/PT/SRS-PT.html>. Acesso em: 3 out. 2006.

CORRÊA C. H. P. História oral: considerações sobre suas razões e objetivos. In: MEIHY, J. C. S. (Org.). **(Re) Introduzindo a história oral no Brasil**. São Paulo: Xamã, 1996. p. 67.

COSTA, R. P. da. **Os onze sexos:** as múltiplas faces da sexualidade humana. 4. ed. São Paulo: Kondo Editora, 2005.

COUTO, E. S. **Transexualidade:** o corpo em mutação. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 1999.

CURY, C. A. Mudança de hábito. **Revista G Magazine**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 29, 2000.

_____. Cirurgia transexual em São José do Rio Preto. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, v. 21, n. 161, 2001.

_____. Técnica cirúrgica "YW". In: **Vivência transexual**: o corpo desvela seu drama. Campinas: Átomo, 2003. p. 53-59.

_____. Fim da troca de sexo pelo Sus. **Jornal Diário da Região**. São José do Rio Preto, Editorial Cidades, 13 dez. 2007.

DAMIANI, D. et al. Sexo cerebral: um caminho que começa a ser percorrido. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 37-45, 2005.

DEWING, P. et al. Sexually dimorphic gene expression in mouse brain precedes gonadal differentiation. **Molecular Brain Research**, Netherlands, v. 118, n. 12, p. 82-90, 2003.

DIAS, V. R. C. S. **Vínculo conjugal na análise psicodramática:** diagnostico estrutural dos casamentos. São Paulo: Ágora, 2000.

_____. **Sonhos e símbolos na análise psicodramática**: glossário de símbolos. São Paulo: Agora, 2002.

_____. **Psicopatologia e psicodinâmica na análise psicodramática**. São Paulo: Ágora, 2006.

DONER, G. Neuroendocrine response to estrogen and brain differentiation in heterosexuals, homosexuals and transexuals. **Archives of Sexual Behavior**, United States, v. 17, n. 1, p. 57-75, 1988.

FALIVENE, L. A. Narcisismo: uma contribuição psicodramática para o tema. **Revista Brasileira de Psicodrama,** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 44-46, 2001.

FAGUNDES, T. C. P. C. (Org.) **Ensaios sobre gênero e educação**. Salvador: UFBA, 2001.

FONSECA, J. **Psicoterapia da relação:** elementos de psicodrama contemporâneo. São Paulo: Ágora, 2000.

FONSECA, N. L.; RASERA, E. F. A espontaneidade em Moreno: uma análise do filme "em busca da terra do nunca". **Revista Eletrônica da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro,** Minas Gerais, v.10, n. 2, p. 168, jul./dez. 2006.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica:** fundamentos, métodos e pesquisa. São Paulo: Pioneira, 1993.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOX, J. **O essencial de Moreno: textos** sobre psicodrama, terapia de grupo e espontaneidade. São Paulo: Agora, 2002.

FREIRE, C. A. **O corpo reflete o seu drama:** somatodrama como abordagem psicossomática. São Paulo: Agora, 2000.

FRIDMAN, L. C. Pós-modernidade sociedade da imagem do conhecimento. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 353-375, jul./out. 1999.

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

GARCIA, J. C. **Problemáticas da identidade sexual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade.** São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.

_____. **A transformação da intimidade:** sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GIORDANO, G.; GIUSTINO, M. Hormones and psychosexual diferentiation. **Minerva Endocrinologica**, Italy, v. 20, n. 3, p. 165-93, 1995.

GIORGI, T. R. **Psicologia como ciência humana:** uma abordagem de base fenomenológica. Belo Horizonte, MG: Interlivros, 1978.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOLDIN, J. R.; BORDAS, F. C.; RAYMUNDO, M. M. Aspectos bioéticos e jurídicos do transexualismo. In: VIEIRA, T. R. (Coord.). **Bioética e sexualidade**. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 2004. p. 99-106.

GONÇALVES, C. S.; WOLF, J. R. E.; ALMEIDA, W. C. **Lições de psicodrama:** introdução ao pensamento de J. L. Moreno**.** São Paulo: Agora, 1988.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade.** 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.

HOLANDA, A. F. Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elemento para um entendimento metodológico. In: **Psicologia e fenomenologia**: reflexões e perspectivas. 2. ed. Campinas: Editora Alínea, 2007. cap.3, p.35-56.

JAMESON, F. **Pós-Modernismo:** a lógica cultural do capitalismo tardio**.** 2. ed. São Paulo: Ática, 2000.

JURADO, J.; EPPS-QUAGLIA, D. R.; INÁCIO, M. **Transexualismo:** aspectos clínicos e cirúrgicos. Tratado de Endocrinologia e Cirurgia Endócrina**.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

KOHAN, W. Intuição & Educação. Revista Discutindo Filosofia. Ano 2, n. 10, p. 37-39.

KOHUT, H. **Self e narcisismo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1984.

LANDÉN, M. et al. Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassigment: a descriptive study. **Acta. Psychiatr. Scand**., 97: 189-194, 1998.

LANG, A. B. S. G. História oral: muitas dúvidas, poucas certezas e uma proposta. In: MEIHY, J. C. S. (Org.). **(Re) Introduzindo a história oral no Brasil**. Encontro Regional de História Oral Sudeste. São Paulo: Xamã, 1996. cap. 2, p. 33-47.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.

LYOTARD, J. F. **A condição pós-moderna**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora José Olímpio, 2000.

LOBATO, M. I. et.al. Transexualismo uma revisão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 11/12, p. 379-388, 2001.

LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. WLADOW, V. R. (Org.). **Gênero e saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.

_____. **Gênero, sexualidade e educação:** uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. **Teoria queer:** uma política pós-identitária para a educação. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 541-553, 2001.

_____. **Um corpo estranho:** ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MACDOUGALL, J. **As múltiplas faces de Eros:** uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

_____. **Teoria sexual e psicanálise**. In: CECARELLI, P. R. (Org.). **Diferenças sexuais.** São Paulo: Escuta, 1999.

MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo:** educação como poiésis. São Paulo: Cortez, 1992.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia:** fundamentos e recursos básicos. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1994.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

MEYER, W. et al. The standards of care for gender identity disorders. Sixth Versión. The International Journal of Transgenderism, Germany, v. 5, n. 1, jan./mar 2001. Disponível em: <http://www.symposion.com/ijt/soc_2001/index.htm>. Acesso em: 13 mar. 2006.

MERENGUÉ, D. Sexualidades e espontaneidade criadora. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 65-74, 1999.

MICHEL, A. MORMONT, C.; LEGROS, J. J. **A psichoendocrinological overview of transsexualism**. Eur.J.Endocrinol. 145: 365, 2001.

MILLOT, C. **Ensaio sobre o transexualismo**. São Paulo: Escuta, 1992.

MONEY, J.; TUCKER, P. **Os papéis sexuais**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

MONTEIRO, A. M.; MERENGUÉ, D.; BRITO, V. **Pesquisa qualitativa e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2006.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira, 2002.

MORENO, J. L. **Psicodrama.** São Paulo: Cultrix, 1993.

NAFFAH NETO, A. **Psicodramatizar:** ensaios. São Paulo: Agora, 1980.

_____. **Psicodrama. Descolonizando o imaginário**. São Paulo: Brasiliense, 1979.NUNAN, A. **Homossexualidade:** do preconceito aos padrões de consumo. Rio de Janeiro: Caravansarai Editora, 2003.

NUNAN, A.; JABLONSKI, B. Homossexualidade e preconceito: aspectos da subcultura homossexual no Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de psicologia**, v.54, n.1, 2002, p.21-32.

OPPENHEIMER, O. **A recusa do masculino no agir transexual**. Adolescence, 1991, n.1, p. 155-169.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Transtornos mentais e comportamentais da CID-10. São Paulo: EDUSP, 2000.

PERAZZO, S. Mr. Multilock. In: VASCONSELHOS, M. C. M. (Org.). **Quando a psicoterapia trava.** São Paulo: Ágora, 2007.

PERES, W. S. **Subjetividade das travestis brasileiras:** da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania. 2005. Tese (Doutorado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PERSON, E.S.; OVESEY, L. The transsexual syndrome in males: primary transsexualism (1974). In: PERSON, E.S. **The sexual century**. New York: Yale University Press; 1999. p. 110-26.

_____. Teorias psicanalíticas da identidade de gênero. In: CECARELLI, P. R. **Diferenças sexuais**. São Paulo: Escuta, 1999. p. 121-150.

PICAZIO, C. **Sexo secreto:** temas polêmicos da sexualidade. São Paulo: Summus, 1998.

PINTO, M. J. C. **O corpo desvela seu drama:** a vivência de transexuais masculinos. 2002. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Filosofia Ciência e Letras de Ribeirão Preto-FFCLRP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PINTO, M. J. C. Cirurgias definitivas exigem acompanhamento terapêutico. **Psi Jornal de Psicologia,** São Paulo, n. 141, p. 3, 2004.

PINTO, M. J. C.; BRUNS, M. A. T. **Vivência transexual:** o corpo desvela seu drama. Campinas: Átomo, 2003.

_____. A transexualidade no contexto hospitalar. In: **Psicologia da saúde: pesquisa e prática.** São José do Rio Preto: THS/Arantes Editora, 2006. p. 401-422.

RAUPP RIOS, R. transexualidade: um drama existencial. In: **Psique Ciência & Vida**, Ano II, n. 22, 2007.

REZENDE, A. M. **Concepção fenomenológica da educação**. São Paulo: Cortez, 1990.

ROLIM, V. Sentimento de ódio no narcisismo. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 5, n. 2, p.27-44, 1997.

ROMÃO-DIAS, D.; NICOLACI-DA-COSTA, A. M. Eu posso me ver como sendo dois, três ou mais: algumas reflexões sobre a subjetividade contemporânea. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 70-87, 2005.

WINCK,G.; PERTENSEN, C. O transexual masculino: considerações sobre rede de apoio social e coping na mudança do sexo masculino. Ártemis, n.2, 2005.

SANTOS, C. **A parentalidade em famílias homossexuais com filhos:** um estudo fenomenológico da vivência de gays e lésbicas. 2004. Tese (Doutorado)-Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SAADEH, A. **Transtorno de identidade de gênero:** um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. 2004. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SELVAGGI, G. et al. Gender identity disorder: general overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals. **Plastic and Reconstructive Surgery**, Philadelphia, v. 116, n. 6, p. 135e-145e, 2005.

SCOTT, J. W. **Gênero:** uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1991.

SOUZA, C.A.C. **Transexualismo:** diagnóstico, tratamento e alteração jurídica da identidade genérica. Disponível em: Psychiatry on line Brasil – abril de 2004. Acesso em: 05 jan. 2005.

SPINOLA-CASTRO, A. M. A importância dos aspectos éticos e psicológicos na abordagem do intersexo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 46-59, 2005.

STOLLER, R. J. **A experiência transexual**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

_____. **Sex and gender**. Vol.II: The transsexual experiment. New York: Jason Aronson, 1976.

_____. **Masculinidade e feminilidade:** apresentações do gênero. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL – STF. **Notícias STF**. STF suspende decisão sobre inclusão de cirurgia de mudança de sexo no SUS. Disponível em: <http://www.stf.gov.br/portal/cms> . Acesso 13 dez. 2007.

TERTO JÚNIOR, V. Essencialismo e construtivismo: limites e possibilidades para o estudo da homossexualidade. **Scientia Sexualis,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 23-42, 1999.

THOMPSON, P. **A voz do passado:** história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VAITSMAN, J. **Flexíveis e plurais:** identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VERDE; GRAZIOTTIN. **O enigma da identidade:** o transexualismo. São Paulo: Paulus, 1997.

VIEIRA, T. R. **Mudança de sexo:** aspectos médicos, psicológicos e jurídicos. São Paulo: Santos, 1996.

_____. Tentativas terapêuticas anteriores às cirurgias de adequação de sexo do transexual. **Revista Terapia Sexual,** São Paulo, v. 2, n. 2, p. 111-124, 2000.

_____. **Bioética e sexualidade**. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 2004.

VIEIRA XAVIER, R. M. **Transexualidade:** da clínica ao diagnóstico. II Curso Pós-Graduado em Sexualidade, RFML Lisboa, v. 8, n. 3, p. 123-129, 2003.

VITALE, M. A. F. O sentimento de vergonha na terapia com casais e família. In: VASCONSELLOS, M. C. M. (org.) **Quando a psicoterapia trava**. São Paulo: Agora, 2007.

VOLKAN, V.D. MASRI, A. The development of female transsexualism. Am. J. Psycother. 1989; 43 (1): 92-107.

ZAMBRANO, E. **Trocando os documentos:** um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo. 2003. Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

ZAMPIERI, A. M. F. **Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade:** sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS. São Paulo: Agora, 2004.

ZHOU, J. N.; GOOREN, L. J.; SWAAB, D. F. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. **The International Journal of Transgenderism,** Germany, v. 1, n. 1, 1997. Disponível em: <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0106.htm>. Acesso em: 17 jul. 2007.

ANEXOS

ANEXO I

Quadro 1 – Protocolo de Avaliação Psicológica para Cirurgia de Transgenitalização.

Entrevista semi-estruturada para pacientes candidatos a cirurgia de Transgenitalização (roteiro)
• **Dados de identificação**: *nome, gênero, idade, escolaridade, profissão, religião.*
• *Caracterização sócio-econômica familiar: história familiar, composição familiar, renda familiar, habitação.*
• *Avaliação psicossocial: histórias pessoais, relacionais, de revelação, de aceitação familiar, amigos, parceiro e meio social, história da evolução da identidade, orientação e papel sexual, primeiros interesses, jogos, fantasias, transformação e prática sexual.*
• *História clínica: uso de medicamentos, hormônios, doenças, alterações emocionais.*
• *Reações do paciente à necessidade da cirurgia: quando e como soube do serviço, o que sabe sobre o tratamento; pensamentos e sentimentos; expectativas futuras.*
• *Compreensão da etiologia e irreversibilidade do processo.*
• *Expectativas: período-teste de espera; avaliação; cirurgia; mudanças esperadas após a cirurgia.*
• *Ansiedade e medos específicos: principais preocupações e medos em relação à cirurgia (p.ex: quanto à hora da cirurgia; anestesia; dor; remédios necessários; documentos; custo; adaptação ao molde; curativo; exercícios; acompanhante etc.).*
• *Pensamentos em relação à estética; cirurgias corretivas; plásticas; hormônios.*
• *Estratégias de enfrentamento: habitualmente utilizadas para lidar/reduzir dificuldades e preocupações; mudanças de hábitos de cuidados de higiene e educação sexual.*
• *Apoio social: pensamentos e sentimentos da família em relação à cirurgia; apoio de amigos e familiares no período de internação e após; pessoas com quem conversar sobre a cirurgia, saúde e tratamento; mudanças que pode trazer para a família; para o relacionamento afetivo-sexual e social.*
• *Impacto do tratamento no estilo de vida: afastamento do trabalho; transporte; alterações de planos pessoais e familiares; dificuldades financeiras.*
• *Adesão ao tratamento: à dieta, aos medicamentos; ao uso e adaptação do molde; exercícios de dilatação do canal vaginal; curativos; de higiene; consultas de retorno.*
Instrumentos utilizados para avaliação diagnóstica:
• Critérios Diagnósticos para Transtorno de Identidade de Gênero (APA, 2002);
• BDI – Inventário de Depressão Beck: presença e intensidade de sintomas de depressão (Cunha, 2001);
• BAI – Inventário de Ansiedade Beck: presença e intensidade de sintomas de ansiedade (Cunha, 2001);
• BHS – Escala de Desesperança Beck: medida da dimensão do pessimismo (Cunha, 2001);
• BSI – Escala de Ideação Suicida Beck: investigar ideação suicida (Cunha, 2001);
• WAIS – Escala de Inteligência Wechsler para adulto: avalia rendimento intelectual global (Matarazzo, 1976);
• HTP – (House-Tree-Person) - teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade (Campos, 1979);
• IFP – Inventário Fatorial de Personalidade - avalia o indivíduo em necessidades ou motivos psicológicos (Pasquali, 1997);
• IEGA – Inventário dos Esquemas de Gênero do Autoconceito – avalia os componentes do auto-conceito - os esquemas masculino e feminino (Giovani & Tamayo, 2000).

ANEXO II

MODELO – CARTA

Prezada paciente,

Estou entrando em contato com você para convidá-la a participar de uma pesquisa a respeito da vivência de mulheres “transexuais” que foram submetidas à cirurgia de transgenitalização pela Equipe de Adequação Sexual da FAMERP. Este estudo visa aprimorar o conhecimento sobre a transexualidade como forma de entender os anseios dessas mulheres.

A identificação das colaboradoras será mantida em sigilo, sendo publicado apenas o conteúdo da pesquisa. Assim, caso você aceite participar da pesquisa, solicito gentilmente que responda a essa correspondência o mais prontamente possível ou entre em contato comigo pelo fone (017) 3201-5000 Ramal 1215 ou (017) 3232-7795, para agendarmos uma entrevista. Caso não possa vir até São José do Rio Preto, irei até a sua cidade para realizarmos a entrevista. Segue em anexo o Termo de Consentimento, que deverá ser preenchido e devolvido no envelope já selado.

No aguardo de sua resposta, agradeço antecipadamente a colaboração.

Atenciosamente,

_____

Maria Jaqueline Coelho Pinto
Pesquisadora Responsável

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ RG _____

concordo em participar da pesquisa sobre a vivência de mulheres "transexuais", que foram submetidas à cirurgia de transgenitalização, pela Equipe de Adequação Sexual da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, sob a responsabilidade da psicóloga Maria Jaqueline Coelho Pinto. Certa de que não haverá riscos e que terei minha identidade preservada, autorizo a utilização dos meus dados para fins de pesquisa e eventos científicos. Minha participação nesta pesquisa é voluntária.

São José do Rio Preto _____ de _____ de ____.

_____

Assinatura do Entrevistado

Obs.: Uma via deste termo fica com você e a outra deverá ser devolvida no envelope já selado.

ANEXO IV

Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2003)

Sistema de Pontos

Posse de itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginasial incompleto	1
Ginasial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Renda familiar por classes

Classe	Pontos	Renda média
A1	30 a 34	7.793
A2	25 a 29	4.648
B1	21 a 24	2.804
B2	17 a 20	1.669
C	11 a 16	927
D	6 a 10	424
E	0 a 5	207

ANEXO V

C1 – Malu – Entrevista realizada em 07 de julho de 2005

A princípio eu achava que seria assim a mulher teria o marido, né? que a minha vida sexual estaria resolvida e minha vida afetiva mais ainda. Mas ai eu tive alguns problemas de adaptação como novo órgão né? Então eu não estava conseguindo ter orgasmo, alguma coisa estranha estavam acontecendo, mas ainda assim eu esperei sete meses até ter a primeira relação, quando eu tive a primeira relação sexual com penetração com namorado certinho bonitinho, a sensação foi muito boa foi de realização mesmo, mas eu não tive orgasmo, não gozei né, mas a gente fez tudo que podia fazer sexo anal, todas as maneiras que você pensa, e foi muito mais gratificante porque desta vez eu podia estar de frente para o parceiro, ele estava me tomando como mulher e eu agindo como mulher como sempre quis, não me escondendo, escondendo meu corpo para o parceiro. Aí quando ele foi embora eu tive uma depressão que parece que me trancou né, travou para a vida, ai foi quando eu procurei você, o Dr. Carlos, a gente conversou e eu comecei a engatilhar na vida de novo, ai eu comecei a mudar muito meu modo de pensar até que combinou no seguinte, eu penso assim, hoje eu preciso mais de mim e mais da minha situação financeira arrumada do que de um parceiro agora sexualmente eu sou muito ativa, então eu não estou namorando.... isso eu acho que eu inverti um pouco... é eu estar bem a parte sexual, antes eu achava que o mais importante era o afetivo e não é, então hoje eu estou com a minha parte interior arrumada por dentro estou arrumada, todas as relações que eu vivi e venho vivendo de um ano, dois anos pra cá,... bem menos complicadas eu não fico sofrendo, eu não fico querendo morrer por qualquer coisa como era antigamente, eu não fico achando que aquele é o único e último homem da face da terra e assim hoje eu estou mais centrada em mim mesma, gosto mais de mim mesma e quando não consigo me virar com um namorado que eventualmente eu esteja namorando, eu me masturbo freqüentemente, tenho orgasmo normal, não tenho mais vergonha de me masturbar e ter orgasmo, que antes bem antes da cirurgia quando aconteceu eu tinha vergonha eu fiquei morrendo, fiquei super chateada e hoje a minha vida esta assim mais focada, vergonha do outro, no caso pelo fato de... e hoje não, hoje eu tenho assim uma segurança, eu ando feliz pela rua, dentro de casa eu ando pelada eu converso, eu faço o que tenho que fazer, parece que sem máscara, entendeu? Então afetivamente quando eu me encontro com alguém e eu estou digamos assim nua, estou despida de máscara de esconder as coisas eu estou ali, estou vivendo e aproveitando o máximo possível dessa relação, dessa experiência que esta acontecendo, então, acho que assim em termos de crescimento foi 100%, principalmente porque eu descobri que eu posso me amar, antes de ter que ser amada por um homem o que é mais importante eu sai da cirurgia pensando assim agora eu vou casar, vou ter minha casa, vou adotar uma criança, vou ser feliz com meu marido, com o príncipe encantado, homem não é um príncipe encantado, homem é só homem, né, e eles tem um modo de pensar totalmente diferente da gente eles não vêem o casamento como eles vêem como uma forma de ter alguém para eles transarem, digamos assim, politicamente correto, né. E eu fui percebendo isso, percebendo também a minha condição de transexual assumida conhecida, vista na televisão, e tudo mais, às vezes barra alguns homens de ter alguma coisa séria né, então às vezes fico pensando, poxa vida, que nem o rapazinho que eu namorei a pouco tempo atrás, ele largou de mim pelo fato de ser transexual, no entanto hoje ele esta namorando uma travesti... porque que eu estou estragada nesse ponto e ela não? Ai não ele já me confessou que ele deixou penetrar e gostou,... não era bem uma mulher que ele queria, né? Então eu já vi que também não é comigo que está o erro, nem nele, é uma coisa assim que eu aprendi a não ter mais drama com a relação sexual, eu aprendi a não ficar mais assim pensando só nisso, como é que vai ser, como é que eu vou me desenvolver, eu me solto né, atualmente eu tenho assim, um parceiro, ele é fixo, mas é volúvel ao mesmo tempo porque ele viaja muito, ele esta sempre fazendo coisas pra fora, mas é o cara com quem eu mais me identifico na cama, de todos eles, e é o que eu mais me identifico, inclusive ele esta... no meu livro como tatuado e é gostoso porque não tem aquele vínculo de ele ser meu marido, ser meu namorado e eu ter que estar ali a hora que ele quer pronta, não! Eu tenho a minha casa, meus horários... minhas coisas e quando ele vem, a gente... é gostoso, a gente passa a noite juntos, ás vezes passa dois três dias e vai embora, então é uma coisa assim sem compromisso nenhum, mais é um compromisso porque ele diz não ter outra pessoa, é um ficante, ficável, porque ele diz não ter outra pessoa eu não posso falar isso porque vira e mexe aparece um que quer dar uns beijinhos e eu dou uns beijinhos. Então é assim é muito interessante a vida hoje... Então, porque é assim, tem muitos meninos que tem curiosidade principalmente ali perto de casa depois que descobriram que eu moro sozinha às vezes vão pedir uma chave, que nem ontem mesmo foi um menino lá que chama Marcelo foi pedir uma chave de pressão para abrir um negócio de torneira lá, ai na hora de me devolver ele perguntou assim, beijo de transexual é diferente? Eu falei não sei por que ele falou, eu queria tanto saber, ai deu um beijo. Então, é mais ou menos isso, às vezes rola alguma coisa a mais, mas eu nunca deixo chegar assim penetração, essas coisas só para eles poderem perceber que uma mulher transexual é igual a qualquer uma e no fim eles acabam tendo a mesma amizade por mim do que tesão ou então curiosidade, e ai, é o que eu quero porque eu quero que essas pessoas compreendam o que eu estou compreendendo agora, eu sou transexual eu sou uma mulher normal, que tem uma vida normal, que graças a Deus não mênstruo, mas assim, que eu estou de bom comigo mesma ta, eu não tenho mais que ficar

pensando na hora que eu for pra cama com o namorado eu vou ficar excitada com o pênis ereto, não eu vou ficar excitada como eu costumo falar como uma amiga minha, com a buceta dura. Então a gente, hoje a minha, meu modo de viver, de me relacionar comigo mesma se tornou uma coisa só, uma coisa muito simples, é tudo muito simples, eu sei como funciona eu sei como vai ser, eu sei o que eu gosto, eu seio que eu quero que faça comigo, eu sei o que eu quero fazer quando eu estou com ele, então é muito mais gostoso, antes não, antes era tudo muito bagunçado mesmo no pós-cirúrgico, enquanto eu acreditava que eu era a Cinderela que ia encontrar o príncipe encantado foi tudo muito esquisito, é uma coisa assim, não era bem aquilo que eu queria sabe assim de chegar pensar que eu era feliz e eu não sabia, mas não é não, porque eu não sabia onde estava a verdadeira felicidade... depois que passou o primeiro que me deixou em depressão e tudo fui me readaptando, fui tomando gosto de tocar no meu próprio corpo, fui me procurando, fui encontrando zonas erógenas, principalmente na própria vagina porque eu não sabia, não tinha certeza se ela funcionava, então foi uma coisa assim... que eu fui chamando e ela foi respondendo aos poucos, eu fui encontrando onde é que estava os pontos, uma maneira legal de gozar, um, até uma fantasia que eu tinha no caso seria com um homem de verdade, mas eu não fiz com um homem de verdade, eu fiz com... que foi uma penetração anal e vaginal ao mesmo tempo, e eu achei muito legal, gostei muito, agora eu ainda tenho a fantasia de fazer com dois homens só não tenho coragem, e numa mas foi muito legal o orgasmo foi super bacana, só que eu não tenho mais vergonha de nada sabe, de me trocar, de me pegar, de passar a mão, de sentir prazer comigo mesma, é muito mais... hoje, eu tenho em mim alguma coisa que faz parte do meu corpo, entendeu, integrada hoje eu gozo com meu próprio corpo né? com... não com uma coisa á mais entendeu, relação a dois pra mim não tem melhor do que a de hoje, não tem nada melhor do que a de hoje, não precisa nem ter uma relação sexual, basta o cara estar em casa, deitar pra dormir e eu poder deitar para dormir encostar nele, ele de costas para mim e eu poder abraçar ele, e não ter que se encolher com medo, como quem disse assim, opa tira esse negócio daí de traz, né? porque geralmente quando antes deitava atrás do homem e abraçava ele dava aquela encolhida no bumbum, hoje não, é uma coisa super natural, a gente deita junto dorme junto, não tem mais aquela frescuraiada, antigamente esse mesmo rapaz eu namorei muito tempo atrás eu não dormia com medo de ter uma ereção dele ver alguma coisa assim entendeu, passava a noite inteira meio que acordada, na hora de transar era um horror. Agora não, agora eu tenho uma liberdade, há! Não sei te explicar é muito gostoso levantar pelada correr para o banheiro e ele vir atrás tomar banho sabe assim, poder andar a vontade dentro da casa, ter vida, poder viver não ter que ficar me escondendo ficar me enrolando na toalha da vida, que nem fazia antigamente né, no lençol essas coisas assim, vivo uma vida super gostosa agora em termos de sexo eu preciso maneirar um pouco porque eu sou muito arteira eu fico provocando, cutucando... não por querer, mas assim as vezes... eu sou libriana e o belo me atrai muito e as vezes eu acabo cutucando uma pessoa que não precisava e as vezes acabo tendo que assumir condições ou conseqüências que também não precisava que tanto mas eu chego lá, eu sou criança mas vou aprender eu acho que é isso, sintetizando bem a minha vida sexual e afetiva pós cirúrgicas se resumem muito em mim mesma primeiro eu, de estar satisfeita comigo mesma pra depois poder satisfazer o outro, porque não adianta nada eu não estar gostando de mim e eu não vou conseguir gostar de ninguém, e eu não sabia disso, eu achava que alguém é que ia me trazer felicidade, e no meu caso não foi, foi eu mesma que acabei encontrando, eu acho que é isso ai.

C2 - Gisele – Entrevista realizada em 09 de agosto de 2005.

Bom, a primeira experiência pós-cirúrgica eu acho que... foi pouco traumática pra mim de sentido de tinha medo, né? Não sabia como usar, mas foi interessante, eu tinha o parceiro já, antes de operar eu já estava com ele, então na primeira vez foi com ele é, já depois da primeira tentativa frustrante, a segunda já foi bem melhor, me senti mais á vontade e foi tudo bem, enquanto eu estive com ele a nossa relação afetiva e sexual era normal, era, pra mim foi bem mais, foi bem melhor, me senti mais a vontade, mais livre, me senti mais liberta. É isso sem dúvida melhorou 100%, eu tinha aquele medo de me esconder, agora depois disso eu tive outras experiências com outros parceiros que também foi, foi até melhor porque os outros não sabiam da minha história né? Então, foi melhor, eu me senti mais a vontade, e pra mim foi super natural, não teve nenhum constrangimento, não teve nenhuma suspeita por parte dele, é, o tratamento eu acredito que igual ao que outra mulher, então, foi bom, foi, as outras experiências foram boas, foram boas. No começo eu ficava... é tudo é novidade, toque, o banho, ficar na frente do espelho, era maravilhoso, as sensações diferentes, eu já estava diferente, era uma coisa bem mais leve né enfim, muito bom, a sensação é muito boa, de liberdade total... É Cinderela mesmo, depois cai na real, mas a vontade que a gente tem é de falar pra todo mundo né que é mulher tudo, a sensação é maravilhosa, depois com o tempo, a gente acaba se acostumando e hoje depois de quatro anos e meio, eu até esqueço que eu tenho vagina porque para mim é tão natural, é, a minha integração com ela, a minha convivência com ela foi uma coisa tão natural que eu até esqueço dela, esqueço totalmente, é natural pra mim, é como se eu tivesse nascido com ela hoje, a sensação que eu tenho é que eu nasci com ela, faz parte do meu corpo desde quando eu nasci eu não consigo me ver sem ela, e não consigo me lembrar um dia não ter tido ela,é natural, eu não tenho uma vida sexual ativa, nunca tive muito uma vida sexual ativa como eu vejo

muito por ai, sempre fui mais reservada, sempre mais... Nunca fui de ter muito fogo, agora menos ainda porque com todas as preocupações do dia a dia né, outras preocupações que eu tenho então acabei optando eu mesma... de não querer me envolver com ninguém e também não me relacionar sexualmente com ninguém, é uma opção minha, mas assim, com relação ao meu sexo a minha vagina eu não tenho problema nenhum, apesar dos problemas que eu tive com a cirurgia, é, mas é um valor que me dá muito prazer, mesmo não usando mas só de tê-lo já é prazeroso. A última que eu tive, eu tinha um rapaz que eu conheci de fora e a gente eventualmente saia né, e ele veio pra cá passar... e aí inevitavelmente tivemos que ir para o motel e foi primeira vez eu entrei num motel, eu nem sabia como era, e ai fiquei intimidada com o ambiente né, aquele monte de espelhos e eu tenho que falar meio que disfarçando né, pra não ver que a vagina esta com alguns defeitos físicos então assim, eu não me senti muito a vontade no outro dia eu fiquei com muito medo de que ele descobrisse e que fosse me fazer algum mal, sei lá, me agredir fisicamente porque não consegui me relaxar, também, é porque a partir do momento que ele descobrisse, eu tinha medo que ele poderia concluir alguma coisa errada... Então, só eu sei, me encontro super tensa, é, teve momento eu acho até dele sentir alguma diferença na vagina mas tentei disfarçar e acabou que passou, mas foi complicado foi... que eu não gostaria de ter novamente não, eu inventei uma história pra ele que eu tinha um problema na uretra né, que eu fiz uma cirurgia que não deu certo, ai minha vagina ficou um pouco inchada, que por conta disso, do inchaço até hoje ela... problemas e que eu ainda vou resolver ou passar por uma cirurgia pra resolver isso, mas é um problema... só pra justificar né o defeito que eu tenho na vagina, aquele lado que ficou mais inchado, mas foi isso que eu disse e ele acreditou e tudo bem, mas eu não sei acho que não é uma coisa muito comum de uma mulher com um homem de ter esse problema, também acredito que não seja muito comum. A gente cobra muita perfeição, eu tenho muito medo de ser descoberta, de ser agredida não só fisicamente, mas verbalmente, desrespeitada,... aí esta a minha opção de não querer ir pra cama com ninguém pra evitar esse medo que eu corro de ser descoberta passar por constrangimento, é, era fácil com meu parceiro inicial lá porque ele já sabia da minha história isso me deixava mais à vontade, e ele gostava do jeito que eu era, não importava os defeitos físicos ai, então pra mim era mais fácil, era mais cômodo, era mais tranqüilo depois disso, eu fiquei com muita dificuldade de me entregar para um outro relacionamento, é, e também me entregar também na cama, dá tipo um medo, então, esse é o motivo da minha opção de não querer nesse momento ir pra cama com ninguém, nem me relacionar, nem ter um namorado que conseqüentemente eu vejo que vai acabar na cama, mais cedo ou mais tarde isso vai acontecer então eu prefiro que isso não aconteça... eles não se contentam só com isso né, chega uma hora que eles querem aí fica difícil, eu até tento falar não até onde dá, mas chega uma hora que não dá mais e a maioria das vezes eu acabo cedendo por vontade dele, não minha, que por mim eu não faria sexo com ninguém por muito tempo, eu passo, eu passo muito bem, ás vezes eu acabo cedendo por vontade dele não por mim, por minha vontade. É claro que limitação eu sempre vou achar que eu vou ter, sempre vai ter alguma coisinha que eu vou me sentir limitada, eu posso resolver todos os problemas... sempre vou achar que tem alguma coisa que não vai me deixar muito a vontade, isso é uma coisa que eu acho que vai em acompanhar sempre, eu acho resumindo tudo, a sensação do pós cirúrgico, depois de me adaptar, de me tocar, tanto na intimidade, é maravilhoso não tem o que falar, o que descrever, é como, é outra história, outra sensação, depois que a gente passa pela cirurgia e vai viver a vida normalmente... é muito bom, eu descobri um segredo assim , mas pra mim era, não da pra ficar cobrando muita perfeição, cobrar, se a gente se cobrar muito perfeição a gente nunca vai viver, perfeita ninguém é, a gente eu acho... que a nossa masculinidade, mas que antigamente me incomodava muito no ponto de me deixar depressiva e hoje eu que não tenho problema nenhum, fazer o que? Já chega os problemas grandes que eu acho que a vida já traz pra gente, então eu não vou ficar acumulando mais, então isso são coisas que tem que existem, mas que eu deixo passar despercebido.

C3 – Helena – Entrevista realizada em 12 de agosto de 2005.

Bom, muda, muda né se você for ver, porque você não ta com... o sexual que você tinha antes, passa por algumas coisas que estão sentindo, nessa fase acho que muda, mas nada que você ache assim assustador, ou que de repente tudo que eu esperava, eu não sei, ta tudo muito mais normal pra mim, é como se eu tivesse feito uma cirurgia pra corrigir algum defeito. Em relação ao meu marido, A gente transava nos finalmente né, e agora três vezes por dia,... Agora, é na frente, mas continua do mesmo jeito, é na frente, mas via por trás também, ele prefere, se dá preferência né? Mas ficou melhor pra ele, pra mim também né, porque até então, antes eu sabia que dava prazer, hoje não, hoje você se realiza, tendo prazer também, tem sensibilidade, porque como ta hoje, eu sabia que ia dar pra ver, é linda, tenho prazer também. Nessa parte muda pra melhor, né? Certeza né? Antes você... aquela coisa assim, pra você colocar uma calcinha, se você vai pra uma praia tem que por um biquíni, e automaticamente aquela coisa puxa o biquíni pra baixo né, então você tem aquela preocupação de sair de dentro da água e ter que arrumar alguma coisa, você coloca uma calça justa e você sempre fica com uma coisa no meio das pernas te apertando, você coloca uma calcinha apertada, ta te apertando. E eu acho que nessa parte foi uma maravilha, não tem mais esse problema, você veste uma calcinha e ela te cabe, não tem que puxar nada, não tem que arrumar nada, se você sair na rua, não tem que ver se tem

alguma coisa fora do lugar, se as pessoas estão olhando, se ta aparecendo. Nessa parte ta uma maravilha, acho que só de você por um biquíni e não ter que ficar preocupada em arrumar, já é maravilhoso né? Eu acho que nessa parte foi ótimo. Acho que aquela cabeça que eu tinha mudou pouco, a única coisa que mudou, é que hoje eu tenho bastante prazer, hoje eu me resolvo sexualmente, né? Antes não tinha, você entendeu? Porque eu tinha tabu, não deixava ver de frente, é aquela coisa, você é mulher, mas você tem um defeito né? É a mesma coisa, você acha que tem orelha de abano, o seu nariz é grande, sua boca é pequena... Então você procura não mostrar numa foto, procura não mostrar pras pessoas... Então eu acho que eu tinha esse mesmo problema com o pênis. O meu marido ele sempre falava, a eu sei, a gente entende sabe? Só que eu acho que nessa fase mudou isso... Hoje você toma um banho, você se olha, é normal. Acho que nessa parte mudou bastante, porque você consegue ter prazer... porque é bom! Agora ele ficou mais ciumento, né? Você vai colocar uma saia ele não gosta, entendeu, dependendo do jeito que você senta fica olhando... Sabe, eu falo pra ele "[...] eu que deveria ter ciúme né? porque pelo serviço que ele tem e tudo lida com tudo que é tipo de pessoa, então eu não tenho esse tipo de ciúmes e... ele já tem, dependendo da pessoa que chega em casa, pode ser o irmão dele conversando ele muda, entendeu, a gente fala assim, de sair, de dar uma volta... ai a gente não tava, tava naquela fase assim, não tava saindo de casa, ele trabalhando... aí eu comecei a cansar... saia de manhã cedo, vinha almoçar e voltava pro serviço, ai chegava a noite, aquela coisa de praxe... passa no boteco tomava uma, as vezes ele passava no bar... e teve um dia que ele ficou até duas horas da manhã jogando truco, ai eu comecei a me estressar, eu não tava agüentando. Só que ao mesmo tempo eu também estava sem os remédios, eu tava sem o hormônio, então é aquela coisa... eu entrava na loja pra comprar alguma coisa pra mim ou pra ele, eu acabo comprando pra ele. Eu vim pra Rio Preto esses dias com a minha mãe pra pagar a loja e comprar alguma coisa pra mim, eu fui embora e não levei nada pra mim e comprei uma sandália pra ele e uma pro meu filho, pra mim mesma... eu amei uma saia jeans que vi na loja, eu me apaixonei pela saia, mas resolvi não levar, eu não vou deixar de comprar meus remédios pra comprar alguma coisa pra eles, porque roupa pros dois, agora eu que to comprando... Mas quer saber de uma coisa, se você sai eu também saio, o direito nosso é igual, então de hoje em diante eu vou voltar a fumar né, e se você ir vou lá também, e se você não quiser não tem importância eu vou sozinha, você vai pra um lado eu vou pro outro. Toda sexta feira eu vou sair, se você não sair, você fica e eu vou, ou você vai pra outro canto, eu vou pro barzinho. Eu nunca pedi nada cara, eu não sou uma pessoa nojenta sabe? De querer...sair sozinha... não tenho liberdade, de jeito nenhum, sabe, ele perguntou que parte ele vai querer ver você? (se referindo ao médico) eu falei, se ele quiser ver é normal, é o meu médico, ele que fez a minha cirurgia. É ele quer botar o dedo, não sabe? Aí chamei pra vir junto, mas ele tem que trabalhar né coitado, ai eu voltei a fumar e daí no outro dia ele já foi e comprou meu remédio, mandou manipular o estrógeno, daí chegou de novo na sexta feira duas e meia da manhã. Eu falei normal, a gente não vai brigar, não vamos discutir... não vou sabe? Eu não vou ficar ligando no celular porque ou você desliga o celular e eu não to vendo... então não vou encanar, não vou me preocupar, e outra, eu vou pra um barzinho, daí eu fui pra barzinho e cheguei quatro e meia da manhã, ele chegou duas e vinte e eu quatro e meia. Ou vai ou racha! Amor vamos tomar umas três ou quatro cervejas, vamos comer alguma coisa vamos? Se tiver que escolher um passeio no shopping ou boteco, eu prefiro boteco do que ver vitrine. Eu sou assim. Se diverte mais. Ta, então a gente vai sair... ele parou de novo, sem acordo. Esse acordo tem e vai fazendo, mas ai é assim, ele vai cedendo, daqui a pouco ele muda totalmente, ai o que aconteceu, esses tempos agora nós largamos, a gente passou quatro dias largados, ai ele chegou em casa e eu falei, vamos sair? Não, não vamos. Eu sai e ele falou que eu não estava. Ai quando o pai dele chegou de moto, sabe, de moto ele quis ir atrás, ai ele foi pra outro canto e eu fui pro barzinho. Cheguei cedo, dez e meia, mas ai a gente começou a discutir... A gente tem 19 anos de casado, acho que ele tinha que ter consciência, então eu to assim, né? Ai é assim sabe, ele foi embora, foi pra casa da mãe dele, ai todo dia ele vai em casa, duas, três vezes ao dia. Ai ele dormiu em casa, ficou quatro dias, ai quando foi na quinta feira, eu falei vamos sentar e vamos conversar, eu falei, o negócio é o seguinte, eu tenho uma amiga... e eu não quero pra minha vida o que ela ta levando. O marido dela ta solto na vida fazendo o que ele quer e ela ta socada dentro de casa e ele ta ai... eu não quero isso pra mim, não quero... Quero só o que é meu, se você quiser fazer tudo você faz, mas não quero sua ajuda pra nada, sou independente você sabe disso, a gente divide as despesas dentro de casa. Ai eu falei agora vc escolhe, não mandei vc embora, também não vou te segurar, vc vai chorar muito dizendo que me ama, então resolva seus problemas que eu to resolvendo o meu. Ai ele diz que tinha feito errado, pediu desculpas, sabe, que tava nervoso, que tava meio mal e ficou. Agora eu quero ver se vai melhorar, porque pra ficar na mesma não resolve, a gente que vai fazer 19 anos de casado, não 19 dias, ta, eu sempre falo pra ele que o meu sonho que eu sempre tive e que até hoje eu não consegui é uma aliança, ele fala, a hora que seus documentos sair, a gente põe uma aliança, e eu falo mais não precisa... ai na cabeça dele porque ele vem de uma família, é que são crentes, ele vem de uma criação rígida. A minha família já não, a gente já é espírita, então quando ele foi entrando na minha vida, ele foi se adequando, mudando muita coisa, ele tinha vícios também que hoje ele não tem graças a Deus, entendeu? Acho que o relacionamento é assim, vai pegando daqui, vai pegando dali... Você levanta de manhã não ta bom... só que é tipo assim, eu fico mais puta da vida... se a gente discute, eu sou assim, vamos conversar, um de nós ta errado, vamos sentar e conversar, ele vira as costas e deixa eu falando sozinha, eu odeio isso, ou vira pro lado, fecha o olho e finge que ta dormindo,

eu fico cega de raiva, ai o que acontece, agente acaba discutindo. Ai de madrugada ele vem me procurar e eu não quero, não tem tesão... se eu to com raiva... não tem tesão que resolva, e eu falo não é assim, então ou a gente conversa ou transa. Porque não da pra ir pra cama assim... Eu não consigo, fico até três a quatro dias sem, mas eu não consigo, eu sou assim, é assim que funciona, assim. Minha relação maior dele afetiva ultimamente é aquela coisa, é o moto táxi, eu entendo se ele não trabalhar ele tem que pagar a diária do mesmo jeito, só que eu acho que você tem que tirar um dia pra ficar em casa, o domingo, sabe, eu sempre falo, mas ele sempre, sabe, tem aquela coisa, eu vou depois eu volto, fica um pouco... passa a noite trabalhando é isso que eu sinto falta, então a gente acaba entrando em atrito por causa disso entendeu? Domingo mesmo, eu vim pra cá pra Rio Preto, olhar as coisas, pagar celular, comprei coisas pra ele... Mas é uma coisa gostosa né, tem amor... eu falo que o fundamento de tudo é o amor, supera tudo, supera as diferenças, né, as desigualdades também, então eu acho que o amor supera tudo, o fundamento de tudo é o amor, é a base, né?

C4 - Isadora – Entrevista realizada em 27 de outubro de 2005.

Bom, no começo não foi muito legal não, tive muito medo. Tive medo na relação sexual, ia arrebentar tudo, ai você se fecha se tranca. Ai com o passar do tempo você vai se soltando devagar. Eu mesma demorei um bom tempo pra me soltar mesmo. Eu tinha medo de olhar para a cirurgia, sabe eu tinha medo mesmo, ai eu comecei a me olhar no espelho, deitada na cama, abria as pernas, comecei a me tocar, ai eu consegui achar o lugar que eu sentia prazer. Depende né? A gente fala pras meninas, nós não temos orgasmo, é tudo mentira, tem sim. Eu consegui achar o lugar que eu consigo tocar, eu me masturbo você entendeu? Porque meu marido viaja, então às vezes de repente me da aquela vontade, então eu me masturbo, eu me toco, atinjo o orgasmo. Tem dia que você ta com vontade. E é assim, minha vida afetiva em relação a ele, nossa melhorou, que nem eu te falei 100% e ta tudo, ta como um casal normal, uma mulher e um homem que casou, se conheceu e ta uma vida normal. Às vezes a gente comenta sobre filhos também né. Tem hora que eu penso em adotar tem hora que penso que não, pela idade, mas assim, ta legal a vida você entendeu? Você sabe, casamento é uma rotina, se você deixar na rotina vai por água abaixo. Então você tem que ta inovando, tem que ta incrementando, e ta super legal, eu to gostando muito, minha vida melhorou 100%. Sinto mais confiante sempre, sempre, sempre. Que nem eu te falei em qualquer lugar que eu entro, eu entro de cabeça erguida, de primeiro eu não era assim, eu era mais fechada, eu tinha vergonha, todo lugar que eu tava parecia que todo mundo ficava olhando pra mim, falando olha ali um travesti. Mas hoje em dia não, hoje em dia pra mim é normal, porque tudo na minha vida é normal, entro em qualquer lugar, entro no banheiro feminino, entro tranqüilamente, converso. E em relação a vida afetiva sinto-me mais segura, completamente segura. Vou pra cama normal, porque não tem mais aquela vergonha. Antes ia pra cama, ficava lá, é de lado, vira pra cá, vira pra lá, tentando esconder o órgão. Hoje não, eu chego normal, beijo tiro a roupa, ponho uma cinta liga, ponho meia calça, você inventa ali... Hoje, eu me sinto mais sensual, antigamente não, queria esconder, porque querendo ou não geneticamente se era, se é masculino, se é masculino biologicamente, agora não, nem isso eu penso mais pra você ter noção. Eu pra mim, normal, em todos os aspectos pra mim é normal, nem passa pela minha cabeça assim, ai, eu fiz uma cirurgia, eu sou uma transexual, não, pra mim eu sou uma mulher normal mesmo. Então hoje em dia eu assim, eu não penso mais assim... é como eu pensava, ah sim, antigamente eu era assim, tinha medo de perder ele é... pensava sempre em ta ali segurando pra não perder, porque você não tinha uma vagina, você não era uma mulher fisicamente completa, hoje em dia não,hoje em dia eu jamais, se acontecer dele arrumar outra pessoa ou me trair, largo numa boa, porque hoje em dia eu tenho segurança, hoje eu confio em mim, se entendeu? Hoje eu me sinto uma mulher mesmo capaz de sair na rua e de repente pintar... Antigamente eu era assim... que nem, a gente separou muitas vezes como eu te falei, é eu saia e alguém me olhava pra paquerar, nossa eu me trancava, porque gente como eu vou sair com uma pessoa, com ela achando que eu sou uma mulher e eu não sou, não to operada, vou sair com o cara e como vou explicar pra ele que eu, né? Hoje em dia não, se eu tiver sozinha e me paquerar, e de repente acontecer, to tranqüila, nem falo que eu sou operada, sou normal. Tô, muito satisfeita, não me arrependo se tivesse que fazer novamente, passar por todo o processo que eu passei, eu passaria, com certeza.

C5 – Andrieli – Entrevista realizada em 26 de maio de 2006.

Eu acho que eu perdi a virgindade antes de ter alta, ele queria muito e foi muito dolorido, porque tava recente. Quando tô com vontade, ele lubrifica... Sinto que nem precisa... Flui legal. Nem entrava tudo, agora entra e sinto a bolsa escrotal bater no ânus e isso me excita. Senti orgasmo sem a penetração com um sonho na primeira vez... Sentia desde o começo muita sensibilidade. Outro dia sonhei com um amigo que já faleceu e cheguei até transar e tive orgasmo. Sabe, diziam que ele tinha pênis pequeno e no sonho realmente ele tinha e pude dizer para ele que mesmo com o pênis pequeno pode lhe dar prazer e me senti muito bem. Mas, sinto que o que me distancia das pessoas são os pêlos do rosto, que na minha cidade as pessoas são muito preconceituosas. Tava fazendo eletrolise, os pêlos afinaram também estou usando o Androcur e o Premarim. Antes eu não queria ver o meu corpo, não gostava de tomar banho, sexo então era terrível porque tinha que expor o meu corpo e

tinha que usar uma parte do corpo que não gostava (ânus)... O pênis escondia com o travesseiro. Hoje, me sinto mais livre com o meu corpo, apesar da minha timidez. Mas, mesmo assim, às vezes ele tenta introduzir, mas eu não gosto e falo para ele e ele respeita. Mas ele tem umas coisas que eu não gosto tipo chegar atrasado nos encontros, aí ele joga um balde de água fria. Então, coisas da relação interferem na libido, no tesão. Eu estava envolvida com um rapaz, mas ele só quer amizade, fiquei muito chateada e isso interferiu no meu relacionamento, agora quero cuidar do meu relacionamento, pois gosto dele. O meu namorado é muito ciumento, que, por exemplo, ele faz questão de me levar no ponto de ônibus, nos lugares e isto acaba que até me deixando insegura quando tenho que ir aos lugares, sozinha. Mantemos relação de duas á três vezes por semana, é legal, mas sinto que o orgasmo sofreu influência porque quando estou com ele estou pensando em outra pessoa e acaba interferindo. Teve uma vez que fantasiei com outro e tive orgasmo, mas quando quer falar de outras coisas esfria. Quando ele ta por cima que sente dominando, sinto vários orgasmos, mas quando eu vou por cima sinto que ele desanima a ponto de sentir o pênis flácido e ai você encerra, mas já tinha ejaculado. A posição também dá mais satisfação, eu inverto, mas não muda a relação. O que sinto que me aprisiona ainda são os pêlos no rosto. Só vou me sentir mais livre se conseguir acabar com isto, pensei que com a cirurgia os pêlos fossem sumir essa era uma das expectativas que eu tinha.

C6 – Leila – Entrevista realizada em 02 de fevereiro de 2006.

Antes tinha muito medo de ficar com alguém porque podia revelar alguma coisa, ficava só nos beijos e abraços. A primeira relação foi com um rapaz que já conhecia, mas não ficamos, depois de cinco anos nos reencontramos por acaso. Nesse tempo todo tivemos só affair, mas não relação sexual, por insegurança, me perguntava: até que ponto a vagina está normal. Aí ficamos juntos, conversamos sobre o assunto... já sabia, mas não tinha ligado a pessoa que havia conhecido. Diz que se sentiu traído, pois acha que devia ter contado antes... Mas fomos ficando, tentamos ter relação, mas não conseguiu a penetração. Aí eu passei a me masturbar para me conhecer, isso foi muito importante o auto-conhecimento. E acabamos terminando, não deu certo, não foi pela questão sexual... e assim acabei me fechando de novo nos relacionamentos, ficando só no beijinho e no abraço por medo do fracasso. Sozinha, consigo até o orgasmo, tenho sensações, sensibilidade. Fiquei com um cara mais velho que começou a pressionar e perguntava o porquê, chegou até a falar se eu era lésbica. Acabei revelando e fiquei surpresa, acho que pela sua maturidade, ele elogiou falou que nem imaginava que era a ultima coisa que poderia passar pela sua cabeça, que eu era muito bonita e isto então reforçou a minha auto-estima e ao meu eu, e ele então, propôs de sermos amigos, disse que por mim. Agora teve um ultimo namoro, mas era muito novinho, era tudo de bom, super atencioso, inseguro achava que eu era muito mulher para ele. Ele conquistou meus pais, quis conhecer a família, me levou para conhecer a família dele. Ai um dia me disse que não podia ter filhos, achei que ele tava jogando verde de alguma coisa. Disse que queria muito ser pai, mas achava que não poderia. Eu disse que se eu fosse ele não revelaria por ser muito cedo. E acabei que revelando também que não poderia ter filhos e acabei contando e foi muito triste, pois me disse que era difícil ele compreender que se as pessoas soubessem pensariam que ele era gay, que a família dele não aceitaria. Ele não acreditava porque tocou, viu e disse que me amava muito e que pensar em perdê-la preferia enfrentar a situação. Só que pediu para que nunca eu contasse para ninguém que ele sabia. E me perguntou se eu tinha os dois sexos e eu disse que não, e me perguntou também se eu sentia prazer como homem e se eu tinha testículo antes da cirurgia... e eu disse que não. Ficamos juntos... fazíamos sexo oral, mas não sinto muito prazer nisto, ele se preocupava muito com o meu prazer. Depois de um mês que estávamos juntos, ele chegou e disse que queria conversar... foi me buscar no cursinho. Confesso que não entendi... estávamos cheios de planos era semana do meu aniversario e ele terminou comigo me chamando de amor. Disse que não consegue aceitar a idéia, me levou para minha casa, conversou com meus pais, me pediu para perdoá-lo, que queria ser meu amigo, chorou muito, foi embora e não nos vimos mais. Hoje, estamos como amigos.

C7 – Fernanda – Entrevista realizada em 02 de outubro de 2006.

Em relação ao parceiro eu tive um casamento após a cirurgia, um ano depois da cirurgia, convivi com ele dois anos e três meses, nunca me perguntou sobre a minha cirurgia, nem como foi feita, os detalhes, nunca quis saber... Uma maravilha para mim, no início, após a cirurgia, logo no primeiro mês, não me senti muito segura, no terceiro mês comecei a senti um pouco mais de segurança, fiquei totalmente com segurança com seis meses da cirurgia que pude realmente sentir segurança mesmo, normal de toda mulher que vai ter a primeira relação... Com o meu primeiro parceiro, tinha medo de doer machucar, essas coisas todas, né? Quando me senti segura e vi que não ia machucar foi que realmente eu me entreguei pra valer e finalmente passei a uma vida ativa mesmo, foi muito bom, foi ótimo, com o tempo a gente vai descobrindo coisas novas, novidades, posições e tudo mais, com a experiência do dia-dia, né? E realmente pra mim ta muito bom, ta ótimo. Depois de um ano de cirurgia eu casei, amiguei, vivi com ele dois anos e três meses, sete meses foi uma maravilha, o resto foi... Igual eu te falei, daquela outra vez, um lar a base de ameaça, de violência, mas mesmo assim ainda tava bom pra

mim, por um lado ele sempre respeitou meu lado, nunca quis saber nada da cirurgia, nem como foi feito, nem como foi realizado, porque eu tomei essa decisão, nada disso ele perguntava porque ele sabia que realmente era um assunto que... pra mim não tinha necessidade eu creio que era respeito sim com eu coloquei do meu relacionamento pra não chegar invadir algumas coisa no mundo da gente, mesmo as obrigações a gente tem que ter respeito um pelo o outro, não importa, o que foi o que deixou de ser, o que fazia, isso sempre deixei claro de quem se aproxima de mim tudo os pequenos detalhes, sempre opto em dizer a verdade. Em relação aos meus parceiros pra mim eu prefiro até falar porque os meus relacionamentos são três meses, quatro meses, seis meses, oito meses, porque eu não penso mais em relacionamento externo apenas duradouro. Mas, estando num relacionamento, feliz, bom, é tudo... O pessoal ainda dá muita importância pra comentários, não vou dizer que todos, mas acreditar que o amor supera qualquer coisa, mas eu acredito hoje nós estamos numa vida em que o amor não anda superando qualquer coisa, o amor anda te proporcionando aquilo que dá pra te proporcionar o respeito vai até onde você coloca desde que você me respeita eu vou te respeitar o importante é isso aí, claro que todo mundo tem problema, todo mundo sofre alguma critica, alguma coisa no dia-dia, eu tiro de letra as minhas críticas eu levo como um degrau a mais na minha vida. Afeto eu busco sim afeto daquelas pessoas que realmente tão afim me dar afeto e não de me criticar, quando eu to buscando afeto em alguém que estou vendo que é sincero, eu vou viver isso, eu sinto que estou com aquela pessoa, a partir do momento que eu percebo que aquele afeto está sendo um afeto interessado ou a base de críticas eu ponho um ponto final no meu relacionamento e vou em busca de outros, porque migalhas realmente dão pra encher o papo de alguma galinha, mas não a minha vida que eu to em busca de coisas construtivas, concreta, real não quer dizer que perdi a ilusão de construir uma família muito pelo contrário, hoje eu tenho a minha mãe dentro da minha casa, estou independente, não preciso do ombro de um homem pra bancar a minha vida, financeiramente não, mas afetivo sim, claro, toda mulher precisa, mas eu sou aquela mulher evoluída, eu não sou aquela mulher que abaixa a cabeça, não sou aquela mulher que fica mendigando carinho, amor, nada. Quando eu conheço alguém, que eu quero alguém, óbvio eu já mais vou pra cama com ele na primeira, na segunda ou terceira vez, dou uma expectativa de quinze, trinta dias pra depois ter a primeira relação, mas antes de ter a primeira relação geralmente pergunto pra ele: "[...] Vai ser rápido?" Porque se for rápido eu não quero eu quero me realizar, como mulher, só quando eu me entrego pra uma pessoa porque se for pra eu ir pra uma rapidinha basta uma mulher de programa, a esposa em casa, que ele pode dar uma rapidinha. Mas em relação, a minha relação sexual, ta ótima, a cada dia busco sempre novas posições, prazer, orgasmo é como eu disse e repito, eu não estou preocupada com o orgasmo, mas sim com o que prazer que eu vou sentir e poder proporcionar. O orgasmo eu acho que a gente busca vários tipos de orgasmo na vida, o orgasmo pra você concretizar como mulher, como profissional, no dia-dia, como mãe, como dona de casa, isso é muito relativo na cama, óbvio, sempre alguém impõe tabus, né, isso pode, isso não pode, eu já não ligo pra isso não, eu quero, acabou e pronto, não tem limites pra mim falar entre quatro paredes, eu me solto mas, ali, concretização mesmo é quando estou dentro de um quarto a pessoa não sabe nada sobre a minha cirurgia, isso pra mim é uma satisfação, é uma realização, eu acredito que é muito mais um orgasmo propriamente dito. O significado que tem pra mim, que hoje eu me realizei como a Fernanda, eu lutei, eu sei o que passei, passei necessidade, levantei de madrugada, e sei que na convivência entre o nosso grupo (refere-se ao grupo das transexuais) existiu um pouco de rivalidade, de trapaças entre elas, competições, críticas, às vezes alfinetadas, mas vi isso tudo como um aprendizado, eu aprendi, me espelhei, ás vezes aquelas que imaginou algum traço masculino jamais vão ser capaz e nessas que tava buscando um espelho, alguma coisa de vida, porque nós temos no grupo, pessoas que fez a cirurgia, que tem lar, um casamento de dezesseis anos, dezessete anos, isso é bom, isso faz de que nós acreditamos que realmente podemos ter o nosso espaço juntos com todo preconceito da sociedade, independente de qualquer coisa. Então isso que aconteceu... Mas sempre era bom pra gente, ta esperta uma com a outra, serviu de exemplo pra sala de aula, no trabalho na profissão mesmo, então tudo isto pra mim foi bom, foi ótimo, cresci... Cresci lá, com meu ex-marido, foi bom pro meu lado de maturidade, pra eu ser quem sou hoje, hoje sou a Fernanda que trabalho em comércio, aprendi do lado dele, administro muito bem minha vida, graças a Deus. O que mais posso dizer é sobre namorado, eu namoro três meses, quatro meses, seis meses só que eu me previno, uso preservativo, eu descobri que tenho uma sensibilidade maior com o uso do preservativo, e com isso eu descobri mais coisa com o uso do preservativo, a importância dele, o quanto isso é importante na minha vida, pra mim é bom, acredito que um dia posso encontrar um parceiro e construir uma família com ele, mas no dado momento, na minha cabeça, eu to em busca de namorar, eu namoro se eu vejo se ta dando certo, tudo bem, se não ta dando certo, eu ponho um ponto final... Aquele que não sabe, quando vc ta olhando nos olhos dele, e imaginar que ele não sabe que eu tinha uma genitália masculina e que hoje ela é feita de acordo com o meu psicológico, com meu lado emocional e com a minha vida sexual realmente, porque eu sempre me senti uma pessoa hetero, heterossexual, 100% porque o meu comportamento ali é de uma mulher que tem uma vagina, não importa se eu vou praticar o sexo anal, isso não faz diferença, eu não vou deixar de se hetero ou não, agora quando é a pessoa que sabe, é diferente, a pessoa fica em busca, eu não posso isso eu não posso aquilo, fica querendo por itens, lógico que com o passar do tempo isto vai sumindo da cabeça do parceiro também da parceira e vai se tornando... Vai deixando de ser um fantasma, mas quando é a pessoa que não sabe, a gente

solta, faz tudo que quer faz tudo o que acha que ta bom pra ele e a concretização na cama é maior porque você sente concretizada, porque você ta olhando, você ta vendo, no rosto daquela pessoa você não vê que realmente é só curiosidade, porque muitos homens que buscam mulheres operadas é por curiosidade e quando chega conhecer, pra ficar ao lado, ele endoida, ele apaixona, ele quer, ele liga, ele persegue, ele atormenta e foi o que mudou na minha vida e todos aqueles que realmente chegou a ficar comigo por curiosidade, eu tive a oportunidade de mostrar a mulher que eu sou realmente. E com isso, me desperta a noção do perigo do sexo eu não sei qual é a diferença, mas eu acredito que não exista uma diferença da mulher para a mulher transexual, a diferença ta no comportamento sexual, na atividade sexual, óbvio que a mulher que gosta de sexo, ela só ta no lucro de fazer o bem para o seu próprio corpo.

C8 - Manuela – Entrevista realizada em 03 de outubro de 2006.

Bem, após a cirurgia eu renasci, fiquei mais tranqüila, uso a roupa que quero, saio de saia com ou sem calcinha, adoro provocar, instigar, sempre gostei, mas no começo minha voracidade sexual era mais como se fosse para provar que eu era fêmea, fazia um test-drive do que havia conquistado, queria seduzir usar minha vagina como instrumento de sedução. Claro que ser mulher na real é muito mais complicado que na fantasia, você não pode simplesmente ir à caça e pronto, os homens são muito preconceituosos e desconfiados, pois vivemos numa sociedade machista que imprime à mulher à submissão e nunca o domínio da situação, assustei muitos homens com essa minha atitude vanguardista, mas também aqueles que fisguei ficaram alucinados pelo fato de uma mulher voraz e insaciável, ser muitas vezes fruto da fantasia sexual deles e que inimaginavelmente estaria ali pedindo e pronta para atender aos desejos mais secretos deles! Até quem sabia que eu era transexual e soube que eu havia operado ficou curioso e passou a me tratar de forma mais tranqüila, pois eu não tinha mais aquilo que o ameaçava e até com certa curiosidade de provar o que eu tinha de novo. Estou mais tranqüila e adaptada à nova vida continuo namorando meu antigo namorado, ele estranhou aquilo era novo para ele de certa forma, pois ele estava acostumado à fazer sexo anal comigo e vaginal é bem diferente e principalmente a minha que era muito apertada no começo, porém com o tempo nos adaptamos e estamos bem, pensamos em ter um vida em comum, casar, etc. Enfim agora me sinto encaixada no meu corpo, alma dentro do corpo certo, amei, valeu a pena tudo o que passei, hoje estou tranqüila, agora me olho vejo e digo sou mulher. A descoberta do meu corpo, ou seja, quando tive um primeiro contato íntimo com o meu novo sexo, foi estranho, precisei colocar o dedo dentro da vagina para sentir como ela era e para fazer a dilatação à primeira vez, a primeira impressão foi de repulsa, de nojo. Estranho por o dedo dentro de uma vagina, sabia? Eu estranhei, pois era a primeira vagina que eu punha o dedo, e espero ser a única! Bem dai fiz a dilatação e percebi alguma sensibilidade, porém estava muito inchada e ainda me acostumando com isso, mas foi diferente, mas ainda não acreditava na possibilidade de ter um orgasmo! Mas mesmo assim estava satisfeita. Tive meu primeiro orgasmo dormindo, tive um sonho erótico e pah! Acordei melada, fiquei encucada e fui ao banheiro me masturbar, mas fui devagar, pois estava ainda com 1 mês e meio de operada, tentei, tentei e gozei! Fiquei muito feliz de saber que posso gozar normalmente, e a primeira vez, digo que foi comigo mesma, pois todas as mulheres deveriam perder a virgindade consigo mesma, pois assim saberiam o que é gozar e não levariam frustrações para a cama ou ainda não aceitariam um homem que não lhe desse prazer! e meio radical e até anti-cultural dizer isso mas a mulher deveria romper o próprio hímen e não esperar alguém para fazer isso por ela. Pô, meu, é o seu corpo, seja antropofágica coma-se a si mesma para que depois alguém a coma, pois assim foi mais fácil para transar e permitir que alguém me desse prazer! Mas é muito difícil eu gozar com penetração, sei lá o ritmo é outro e o homem sempre goza mais rápido que você e daí você fica a ver navios mas se eu não gozo peço para o meu parceiro me masturbar, acho melhor, acho egoísmo homem gozar sozinho! Minha primeira vez não teve muito encanto, pois eu já me masturbava e foi com o meu antigo e atual namorado então já sabia como ia ser, mas foi diferente, lógico foi bem melhor que antes, mas nunca levei a magia da virgindade para a cama sempre fui independente no sentido do prazer.

C9 - Roberta – Entrevista realizada em 30 de novembro de 2006.

Comecei a me olhar, a vagina era feia, inchada. Estava casada e depois de três meses, fui liberada para a relação sexual. A primeira relação sexual com o marido foi um fracasso, porque não senti nada, não senti o orgasmo. Com ele era mais seguro confesso, mas não sentia nada. Tinha sensibilidade, mas nunca gostei de me tocar, sentia vergonha, mesmo com exercícios, só sensibilidade. Então por dois anos fiquei cumprindo o papel de mulher, ele não cobrava não se preocupava. Só se preocupava com o prazer dele. Aí resolvi procurar o cirurgião e dizer a ele do meu problema e ele me encaminhou pro endócrino da equipe e ele, por sua vez, me pediu uns exames hormonais e deu que a testosterona estava bem baixa e me receitou um hormônio que já no segundo mês, deu resultado. Fui aos poucos percebendo sensações diferentes, mas não me tocava, passou a despertar em mim o desejo, excitação pelo meu marido e também por outros homens, mas não o orgasmo. Aí um dia, aconteceu, vendo o amigo do meu marido excitado. Aí comecei a experimentar o orgasmo e percebi que

chego mais facilmente com pênis pequeno. Sabe, percebo a minha vagina estreita e pequena, saí outro dia com um ficante e ele suou àbeça. Também fico constrangida na relação porque fiquei com uma cicatriz aparente, porque deu quelóide, procuro não deixar ver e evito o sexo oral. Agora, estou separada há um ano e seis meses, depois de onze anos de relacionamento, foi bastante difícil, mas já estou bem. Hoje, saio sozinha, com amigas, freqüento os lugares, passo despercebida. Mas sempre tem situações de esbarrar em alguém com olhar meio, mas não a ponto de me expor, finjo que não é comigo. Agora quando saio com alguma amiga transexual, percebo que expõe mais a minha imagem, então evito porque perpasso muito mais, quando saio só. A única coisa que me expõe e me chateia é o problema da documentação, que o promotor barrou. Tipo quando vou ao banco ou mesmo pagar alguma conta que vou preencher um cheque aí é complicado tenho que ficar explicando... Gostaria de encontrar um parceiro que fosse companheiro, amigo. Consegui me libertar de um, que amava, mas não o desejava, fui mais mãezona dele, sabe. Quero ser mulher de alguém quem cuide, to cansada. Quero ser amada e cuidada e também quero um homem desimpedido. Sabe, têm muitos que te procura que é casado. Os relacionamentos hoje, ninguém quer nada com ninguém, com as mulheres normais também está assim. Penso em conseguir a mudança do meu nome porque quero viver fora, na Europa. Tenho amigos, me relaciono bem, trabalho pra isso, tenho um padrão de vida que posso me proporcionar isso. Lá, penso em conhecer um parceiro e viver a minha vida, tranqüila. Penso na minha família, minha mãe está doente, mas... Outro dia conheci um cara do sul, que apresentei aos meus pais, mas disse á ele que eu era hermafrodita e ele aceitou na boa, mas não consegui amá-lo. Hoje estou me permitindo escolher, não quero qualquer um na minha vida não. Talvez esteja mais exigente, mas tem que ser alguém que valha a pena, não quero mais sofrer. Então, a cirurgia foi tudo. Hoje, me sinto integrada com o meu corpo, já até esqueci, nem lembro.

C10– Mariana – Entrevista realizada em 30 e novembro de 2006.

Depois da cirurgia, foi uma fase mágica e cheia de mistérios aonde eu me descobria a cada relação. Foi muito frustrante e encantador ao mesmo tempo. A primeira relação, porque tinha o desejo de ter a relação e o medo do desconhecido, mas eu tive o suporte e o entendimento do meu noivo aonde houve uma troca de experiência da parte dele que ele me instruiu e explicou as dúvidas que iam surgindo a cada passo da relação. As sensações da primeira relação, eu tive medo, insegurança e choro (risos). A penetração foi muito desconfortável, porém prazeroso. Enfim, tive prazer, mas não tive orgasmo. Era como se tivesse participado de uma corrida importante, mas não cheguei em primeiro lugar. Portanto, decidi que precisava de uma ajuda psicológica para melhor desenvolvimento sexual e um acompanhamento mais detalhado de um ginecologista e assim foi feito, comecei o tratamento onde cada sessão e cada consulta eu tinha mais confiança em mim mesma. Durante o percurso do tratamento houve outras relações onde o meu desempenho sexual foi aumentando e foi fogo (risos). O dia G: foi um dia especial onde fizemos uma viagem para São Paulo para comemorar o aniversário do nosso noivado, ficamos em uma bela suíte onde teve direito a champagne e outros apetrechos, o meu noivo como sempre muito atencioso e carinhoso fez uma bela pré-liminar quando dei por mim estava envolvida totalmente no laço de amor onde via por si só que já não era mais conduzida e sim conduzia a situação, me senti muito orgulhosa de mim mesma e fui aos delírios do G. Sinto em dizer que termino essa entrevista com uma frase: "[...] Viver como mulher foi bom, mais ser mulher é maravilhoso".