

Corpos Mutantes, Mulheres Intrigantes: Transexualidade e Cirurgia de Redesignação Sexual¹

Rafael Alves Galli
Elisabeth Meloni Vieira
Universidade de São Paulo

Alain Giami
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale – Paris
Manoel Antônio dos Santos²
Universidade de São Paulo

RESUMO - Algumas definições de transexualidade incluem a questão da cirurgia de redesignação sexual como um desejo inerente aos(as) transexuais. Este estudo teve por objetivo investigar os significados atribuídos à cirurgia por quatro mulheres transexuais, destacando as concepções a respeito das mudanças que a redesignação acarreta na vida da pessoa transexual. Os dados foram colhidos mediante aplicação individual de entrevista aberta na modalidade história de vida temática. O material transcrito foi organizado sob a forma de estudos de caso e analisado com base na Teoria *Queer*. Os resultados sugerem que os significados atribuídos à cirurgia são polissêmicos e mutáveis ao longo do processo de desenvolvimento e que o desejo de se submeter ao procedimento não deve ser um critério definidor da transexualidade.

Palavras-chave: transexualidade, cirurgia, comportamento psicosssexual

Mutant Bodies, Intriguing Women: Transsexuality and the Sex Reassignment Surgery

ABSTRACT - Some definitions of transsexuality include the issue of sex reassignment surgery as an inherent desire of all transsexual people. This paper aims to investigate the meanings assigned to the surgery by four transsexual women, seeking to highlight the conceptions about the changes that reassignment creates in the personal life of the transsexual. The data were collected by individual application of open-ended interviews using life history technique. The transcripts were organized into collective case studies and analyzed on basis of the Queer Theory. The results suggest that the meanings attributed to sex reassignment surgery have multiple meanings and are changeable during the process of development and that the desire of an operation should not be included as a criterion in the definition of transsexuality.

Keywords: transsexuality, surgery, psychosexual behavior

De modo recorrente, a cirurgia de redesignação sexual tem sido considerada um componente importante do processo transexualizador, a ponto de ter sido incluída na pauta da agenda da saúde pública. De fato, tem sido reconhecida, por parte do Estado, a necessidade de regulamentação dos procedimentos de transgenitalização no Sistema Único de Saúde - SUS, de modo a democratizar o acesso a esse benefício (Brasil, 2008). O presente estudo pretende contribuir com a produção de conhecimento na área, de modo a subsidiar as políticas públicas de saúde no campo da diversidade sexual, especialmente na transexualidade. Sabemos que essas políticas ainda são tímidas e incipientes no contexto brasileiro, o que realça a relevância de estudos dessa natureza, em especial aqueles que valorizam a perspectiva das pessoas transexuais.

O campo da transexualidade é atravessado por inúmeras controvérsias. A primeira delas diz respeito às nomenclaturas utilizadas. Afinal, como devemos nos referir a essas pessoas e a sua condição? Esse é um ponto em que pesquisadores, transexuais e ativistas dos direitos humanos divergem bastante. Nos discursos circulantes em relação à condição, destacam-se os termos transexualismo, transexualidade e disforia de gênero. Transexualismo foi o primeiro termo utilizado para designar essa condição (Benjamin, 1966). Surgido no campo da medicina, foi utilizado para designar um novo transtorno mental, o que acabou colocando o(a) transexual na condição de doente – o que é reforçado pelo uso do sufixo *ismo*. O termo disforia de gênero é a maneira mais contemporânea utilizada pela medicina para designar essa condição, equiparada como “transtorno mental”, como consta no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição - DSM-IV (Associação Psiquiátrica Americana [American Psychiatric Association - APA], 2002). Esse *status* de entidade nosológica traria a suposta “vantagem” de assegurar a possibilidade de tratamento à pessoa portadora dessa condição. Já transexualidade também é um termo contemporâneo, mas que busca colocar a pessoa transexual

¹ Apoio: FAPESP.

² Endereço para correspondência: Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, nº 3900, Ribeirão Preto, SP. CEP 14040-901 E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

fora desse papel de doente, considerando essa condição como mais uma forma de expressão da sexualidade, entre tantas possíveis. A transexualidade passa a ser encarada como uma experiência identitária, que tem como característica o conflito com as normas de gênero (Bento, 2006). Por essa razão essa terminologia será utilizada no presente estudo.

Mas, afinal, o que define um(a) *transexual*? O(a) transexual é um indivíduo que possui o sentimento irreversível de pertencer ao sexo contrário ao que foi genética e morfológicamente estabelecido, ou seja, que não se identifica com seus genitais biológicos e suas atribuições socioculturais (Peres & Toledo, 2011). Algumas definições acerca do que é o(a) transexual, em especial a de Harry Benjamin (1966), incluem ainda a questão da cirurgia de redesignação sexual como um desejo inerente a todos(as) os(as) transexuais. Benjamin vai mais além, colocando esse desejo pela cirurgia como um dos critérios para definir um(a) transexual.

Ao contrário do que pode sugerir o senso comum, a redesignação sexual por meio de cirurgia já existia na Roma antiga, durante o período dos grandes imperadores (Saadeh, 2004). Contudo, nessa época, a cirurgia consistia apenas na retirada dos genitais masculinos. Em outros lugares, como Índia e Austrália, e em outros períodos históricos também há registros de rituais relacionados à “troca de sexo” (Goddard, Vickery, & Terry, 2007). Esses precursores da cirurgia de redesignação sexual, na verdade, constituíam intervenções grosseiras, mais próximas da castração do que da moderna vaginoplastia. As primeiras intervenções cirúrgicas que objetivavam a construção de uma genitália feminina só ocorreriam mais tarde, na década de 1920, e foram desenvolvidas para os casos de hermafroditismo. Em 1921, Feliz Abraham realizou a primeira cirurgia documentada em um homem, sem características hermafroditas, chamado Rudolf e, alguns anos depois, em Einar Wegener. Einar, que se tornou Lili Elbe, veio a falecer alguns meses depois da cirurgia e até hoje não se sabe se ela era um caso de transexualidade ou de hermafroditismo (Arán, 2006; Goddard et al., 2007).

As primeiras intervenções cirúrgicas, no entanto, tinham como técnica a retirada da genitália masculina e, apenas em um momento posterior, a construção da genitália feminina (neovagina), por meio de enxertos retirados das coxas, nádegas ou até mesmo do intestino, o que acabava por comprometer a sensibilidade da nova genitália (Hage, Karim, & Laub, 2007). Além disso, tais procedimentos nunca foram amplamente divulgados. Muitos dos artigos provenientes dessas primeiras intervenções só viriam a ser publicados seis ou mesmo 10 anos após a realização da cirurgia (Goddard et al., 2007). A vinda a público desse tipo de procedimento só aconteceu em 1952/1953, com o caso de George Jorgensen que, operado pelo Dr. Christian Hamburger – retirou o pênis, mas sem uma construção da neovagina – tornou-se Christine Jorgensen e teve sua história divulgada de forma sensacionalista pelo *The New York Daily News* (Goddard et al., 2007; Meyerowitz, 2002; Saadeh, 2004).

Foi somente em 1956 que Fogh-Anderson utilizou a pele do pênis para criar a neovagina. Contudo, tal técnica consistia em apenas destacar a pele do pênis, conservando seu formato tubular. Somente alguns anos mais tarde outros médicos,

como Harold Gillies e o ginecologista francês Georges Burou, em Casablanca, desenvolveram a técnica que até os dias de hoje é utilizada como base para a realização desse tipo de cirurgia. A técnica criada por Burou foi nomeada de “inversão peniana” e consistia na utilização do material retirado do pênis de maneira invertida para a construção da neovagina, obtendo-se, assim, maior preservação da sensibilidade da nova genitália (Goddard et al., 2007; Hage et al., 2007). A partir desse modelo, diversas modificações e tentativas de melhoramento foram realizadas por outros profissionais, tanto em relação à neovagina como ao clitóris.

No Brasil, a primeira cirurgia foi realizada em 1971 pelo cirurgião plástico Dr. Roberto Farina. Apesar de ter sido um sucesso, essa intervenção rendeu ao cirurgião dois processos, sendo um disciplinar, junto ao Conselho Federal de Medicina, e o outro criminal, pois a cirurgia foi considerada mutiladora, o que atenta contra o Código Penal e o Código de Ética Médica vigentes na época. Farina foi condenado nas duas instâncias, mas após um tempo conseguiu retornar às suas atividades profissionais (Saadeh, 2004).

Desde então algumas mudanças importantes ocorreram, tanto no que tange às técnicas utilizadas na cirurgia como em relação a sua divulgação e presença na sociedade. Em diversos países da Europa, Estados Unidos e até mesmo na Tailândia, a condição transexual se tornou cada vez mais conhecida no meio científico, o que acarretou notáveis inovações médicas (Chokrungrvaranont & Tiewtranon, 2004). Além disso, a maior abertura sobre o assunto trouxe à tona inúmeras discussões acerca do gênero e seu papel na construção dos corpos e dos indivíduos nas sociedades, bem como do que definiria as normas de gênero (Butler, 2003). No Brasil, alguns hospitais começaram a realizar a cirurgia de redesignação sexual, mas não antes de haver uma mudança na legislação médica. Em 1997, o Conselho Federal de Medicina regulamentou, por intermédio de uma Resolução, a prática da cirurgia de redesignação, restringindo-a a hospitais universitários ou públicos adequados à pesquisa. Essa resolução definia que a cirurgia de redesignação tem uma “intenção de beneficência” como motivo essencial, baseando-se em dois princípios: o primeiro, terapêutico, buscava a integração corpo e mente; já o segundo referia-se ao princípio de autonomia e justiça (Arán, Murta, & Lionço, 2009).

Em 2002, nova diretriz foi estabelecida por meio da Resolução 1652, que revogou a norma anterior e que autorizava os médicos a realizarem o tratamento cirúrgico após dois anos, período no qual o paciente deve contar com acompanhamento multiprofissional de médico psiquiatra, cirurgião, psicólogo, endocrinologista e assistente social. Nessa nova resolução também ficou estabelecido que cirurgias em mulheres transexuais poderiam ser realizadas fora do âmbito de pesquisa e em qualquer hospital, público ou privado. Entretanto, no caso de homens transexuais, a cirurgia ainda é restrita a hospitais-escola e tem caráter estrito de pesquisa (Arán et al., 2009).

Mais recentemente, em 2008, houve um avanço na questão legal da cirurgia com a edição de uma portaria do Ministério da Saúde (Portaria nº 1707) e outra da Secretaria de Atenção à Saúde (Portaria nº 457), que instituem, respectivamente, o processo transexualizador no âmbito do SUS e a regula-

mentação de tal processo (Brasil, 2008). Tais regulamentos incluem acesso universal ao tratamento livre de discriminação, atenção de equipe multidisciplinar e tratamento hormonal e cirúrgico. Todavia, essas iniciativas pioneiras foram frustradas em decorrência de pressões de setores conservadores da sociedade, que se insurgem contra qualquer avanço nessa e em outras questões (Ventura & Schramm, 2009).

Atualmente, no Brasil, os únicos locais que realizam a cirurgia de redesignação pelo SUS são o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul; o Hospital Universitário Pedro Ernesto, vinculado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro; o Hospital das Clínicas de São Paulo, vinculado à Universidade de São Paulo e o Hospital das Clínicas de Goiás, vinculado à Universidade Federal de Goiás. Nesses hospitais a cirurgia é gratuita, no entanto, a fila de espera é imensa, o que torna a busca por esse tratamento muito mais trabalhosa, levando algumas transexuais a desistirem inclusive de tentar realizar o procedimento. Outros hospitais disponibilizam a cirurgia em caráter particular, o que insurge em diversos custos. Sabe-se que é um procedimento dispendioso, no qual a pessoa tem de arcar com todas as despesas médicas e, nesses casos, o valor pode variar entre 10 e 25 mil reais.

A despeito das inovações introduzidas nesse campo, ainda persiste, para a maior parte da população e dos profissionais de saúde, um quase completo desconhecimento dessa realidade, o que limita a ampliação de possibilidades e ações. O conhecimento hegemônico se baseia na supremacia do discurso biomédico em relação ao que é a transexualidade e qual o papel e a importância da cirurgia na vida dessas pessoas. No entanto, sabe-se que não são todos(as) os(as) transexuais que se enquadram nessa definição. Bento (2006) ressalta que as modificações corporais, em busca da reconstrução corporal, podem ser vistas como metáfora da construção da identidade, haja vista que a criação de um corpo feminino, englobando não só os aspectos físicos como também as dimensões comportamentais, auxilia na constituição e no posicionamento da identidade de gênero. Segundo Costa (1989), a identidade é formulada por sistemas que representam a forma com que o indivíduo se relaciona com o universo sociocultural, sendo, portanto, uma experiência não uniforme e distinta para cada pessoa. Se cada pessoa é diferente da outra, por que os(as) transexuais teriam de ser todos(as) iguais?

A Teoria *Queer* questiona a noção de identidade como substância e propõe pensarmos o quanto nossos corpos são significados e modificados permanentemente pelas imposições culturais, que nos obriga a construí-los e a usá-los de modo a ajustá-los aos padrões e critérios estéticos, morais e higiênicos compartilhados pelo grupo a que pertencemos. Nessa direção, Butler (2003) nos convida a conceber que aquilo que é comumente visto como “fracasso”, por se desviar da norma, pode ser uma estratégia de resistência e oposição aos limites rígidos do binarismo que constitui o gênero. Trata-se de pensar a transformação possível do quadro normativo vigente para que novas possibilidades de vida, como a transexualidade, possam também ser reconhecidas e legitimadas.

Gênero é um construto discursivo, socialmente produzido, uma estrutura na qual o indivíduo é moldado (Santos,

Scorsolini-Comin, & Santos, 2013). Butler (2003) critica a ilusão de que os gêneros masculino e feminino seriam inevitavelmente construídos, pela cultura, sobre corpos de machos e fêmeas. Assim, afasta-se da crença comum de que sexo, gênero e sexualidade existem em uma relação de correspondência linear. Essa crença nos leva a pensar que, se o indivíduo é biologicamente homem, é esperado que se sinta em harmonia com seu corpo, demonstre traços masculinos e que seja atraído por pessoas do sexo feminino. Butler afirma que, pelo contrário, o gênero não é natural e, portanto, não existe relação necessária e biunívoca entre o corpo que se tem e o gênero, e entre estes e a orientação sexual. Por isso, a autora busca traçar a genealogia das categorias sociais de identidade – por exemplo, a categoria “mulheres” (podemos pensar, por analogia, a categoria “transexuais”). Para a Teoria *Queer*, tais categorias nada mais são do que efeitos de instituições, práticas e discursos de origens bastante difusas.

Em estudo prévio buscamos delimitar, a partir de histórias de vida, a trajetória afetivo-sexual de mulheres transexuais e também delinear como se ordenam seus padrões de interação e parcerias afetivo-sexuais. A partir dessa investigação e como desdobramento dos principais achados, interessou-nos analisar quais os significados que a cirurgia de transgenitalização assume para essas pessoas e como esses sentidos se articulam com diferentes modos de se posicionar em relação a essa questão candente na vida do sujeito transexual. A despeito de reconhecer que inúmeros aspectos se entrelaçam à questão da cirurgia, em especial as questões referentes à identidade, o presente estudo foca apenas nos significados e desdobramentos acarretados pela intervenção cirúrgica na vida da pessoa transexual, entendendo que escapa ao seu escopo aprofundar a discussão em outros pontos.

Na contemporaneidade, a produção científica sobre a transexualidade tem se direcionado para questões como: aspectos médicos relacionados ao tratamento hormonal (Wierckx et al., 2011), procedimentos cirúrgicos e técnicas utilizadas (Franco, Miranda, Franco, Zaidhaft, & Arán, 2010), aspectos jurídicos que colocam em tela os direitos de cidadania – sua preservação ou violação em diferentes contextos sociais (Ventura & Schramm, 2009) – e a produção científica que situa a questão no âmbito da saúde pública (Arán et al., 2009; Gómez-Gil et al., 2011; Jenner, 2010). Apesar da transexualidade ser um assunto de extrema importância no campo da saúde, posto que esta ainda é tida como uma *doença* para a qual a pessoa transexual necessita de acompanhamento multiprofissional, e considerando também que os procedimentos cirúrgicos ainda são muito dispendiosos financeiramente, o encontro com a literatura científica indica que poucos estudos foram dedicados aos aspectos subjetivos da cirurgia de redesignação sexual, focando especificamente na perspectiva da pessoa transexual.

Nessa direção, o presente estudo teve por objetivo investigar os significados atribuídos por mulheres transexuais à cirurgia de transgenitalização, buscando destacar as diferentes concepções que sustentam esses significados e as expectativas acerca das mudanças que a redesignação acarreta na vida da pessoa transexual.

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico das Participantes, Dados Clínicos e Orientação Sexual Referida.

<i>Participantes*</i>	<i>Marcela</i>	<i>Silvia Helena</i>	<i>Luana</i>	<i>Diva</i>
Idade	59 anos	29 anos	27 anos	30 anos
Ocupação	Comerciante	Cabeleireira	Auxiliar administrativo	Atriz
Escolaridade	Superior completo	Fundamental completo	Ensino médio completo	Superior incompleto
Estado marital	Divorciada	Solteira	Solteira	Solteira
Filhos	Sim (2)	Não	Não	Não
Cirurgia	Sim	Não	Sim	Não
Tempo de cirurgia	2 anos	–	6 anos	–
Orientação sexual	Homossexual	Heterossexual	Heterossexual	Heterossexual

* Para preservar o anonimato das participantes foram utilizados nomes fictícios.

Método

Participantes

Participaram do presente estudo quatro mulheres transexuais, com idades entre 27 e 54 anos, moradoras de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Foram critérios de inclusão: apresentar-se socialmente como transexual e ser reconhecida na comunidade como tal, ser maior de 18 anos e aceitar as condições da pesquisa, formalizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As participantes – que serão referidas neste estudo como colaboradoras – foram incluídas independentemente do fato de terem realizado ou não a cirurgia de redesignação sexual, bem como do nível de escolaridade, estrato socioeconômico, estado marital e credo religioso. Foram excluídos indivíduos com dificuldades de compreensão ou comunicação que impedissem a participação na entrevista. Na Tabela 1 é delineado o perfil das colaboradoras, sistematizado a partir dos dados obtidos nas entrevistas.

A seleção das colaboradoras seguiu critérios de conveniência. Para localizá-las foi adotado o princípio conhecido em pesquisas qualitativas como *bola de neve*. As potenciais colaboradoras da pesquisa foram indicadas por profissionais vinculados a um grupo de pesquisa em diversidade sexual da Universidade de São Paulo – VIDEVERSO - Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual, do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, bem como pelas próprias participantes.

Foi utilizado como princípio metodológico o estudo de caso. As quatro participantes foram selecionadas por se entender que elas possuíam as qualidades esperadas de um bom informante a respeito do universo transexual. O *corpus* constituído pelas quatro entrevistas configurou um *estudo de caso coletivo* (Stake, 2000). Nesse tipo de estudo de caso o pesquisador investiga alguns casos em profundidade para construir uma teoria ou investigar determinado fenômeno genérico, buscando facilitar sua compreensão ou apresentar dados que não se encaixam na teoria previamente estabeleci-

da, servindo assim para contestar uma generalização amplamente aceita. No estudo de caso coletivo, os casos individuais são escolhidos porque se acredita que seu estudo permitirá melhor compreensão, ou mesmo melhor teorização, sobre um conjunto mais amplo de casos (Alves-Mazzotti, 2006).

Procedimento

Os dados foram colhidos mediante aplicação individual de entrevista audiogravada, realizada após assinatura do TCLE. O instrumento utilizado foi a modalidade de entrevista “história de vida temática”.

Para Queiroz (1987), a história de vida permite não só a compreensão do que é particular, mas também do que se insere nas coletividades às quais o narrador pertence. Segundo Meihy (1994), a história de vida temática vincula-se a um assunto específico, comprometendo-se com o esclarecimento e com a opinião do entrevistado sobre esse assunto. Essa modalidade permite ao entrevistado dar o rumo inicial à entrevista, a partir de uma questão ampla, não-diretiva, e, terminada essa parte espontânea do depoimento, o pesquisador pode colocar questões relacionadas ao tema pesquisado.

A primeira etapa da entrevista foi aberta pela pergunta disparadora: “*Eu gostaria que você me falasse sobre sua história de vida*”. No segundo momento as colaboradoras eram solicitadas a conversar sobre a cirurgia de transgenitalização. O pesquisador focalizou especialmente suas ideias, percepções e concepções, oriundas de experiências próprias ou de outrem, vividas ou ouvidas sobre a cirurgia de redesignação sexual, no contexto de vida e das relações interpessoais estabelecidas.

A duração e o número de entrevistas foram variáveis. Com Marcela foram realizados dois encontros, com cerca de 1h30 cada; Silvia Helena foi entrevistada em um único encontro com duração de, aproximadamente, três horas. Com Luana foram realizados, a pedido da participante, quatro encontros de 60 minutos cada. A entrevista de Diva também se deu em um encontro único, com duração de 2h30. Marcela e Diva foram entrevistadas em suas residências; Silvia Helena e Luana, em salas reservadas de seus locais de trabalho.

O *corpus* da pesquisa foi constituído pelas transcrições – na íntegra e literal – das entrevistas e pelo diário de campo do pesquisador, constituído pelos registros de eventos relevantes ocorridos e observados durante a coleta de dados. O material coligido foi lido exaustivamente à procura de pistas que remetessem à elucidação dos significados atribuídos à cirurgia de transgenitalização. Para discussão dos dados obtidos foi utilizada a Teoria *Queer* (Butler, 2003), vertente pós-estruturalista que tem angariado reconhecimento crescente por permitir pensar a (trans)sexualidade para além da heteronormatividade compulsória e do binarismo no qual comumente se compreendem as relações de gênero.

Por ser ainda um campo em construção, não existe um consenso em relação à nomenclatura que designa a pessoa transexual. Como as divergências são substanciais, e considerando os conflitos, preconceitos e discriminação aos quais as pessoas transexuais estão expostas, no presente estudo optamos por respeitar o gênero ao qual as pessoas transexuais se identificam e com o qual nossas colaboradoras se autoidentificaram, e não o gênero designado ao sexo biológico ou fixado em seus documentos pessoais. Sendo assim, as pessoas nascidas homens e que se identificam como mulheres serão aqui nomeadas como mulheres transexuais, tendo elas realizado a cirurgia ou não. Da mesma forma, foram consideradas heterossexuais as mulheres transexuais que se relacionam com homens e homossexuais as que se relacionam com mulheres.

O projeto de investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Processo CEP - FFCLRP-USP nº 327/2007 - 2007.1.1256.59.7). Foram seguidas todas as diretrizes preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulam a pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Tendo em vista o objetivo deste estudo, empreendemos um recorte do material empírico obtido que focaliza os relatos produzidos em torno da cirurgia de redesignação sexual. As colaboradoras Marcela e Luana haviam se submetido à cirurgia de redesignação sexual havia dois e quatro anos, respectivamente. Diva demonstrou anseio por realizar a cirurgia, enquanto que Silvia Helena alimentou esse desejo até há pouco tempo, porém, no momento da realização da entrevista, não via essa questão como prioridade em sua vida.

Quando iniciamos uma aproximação à temática da transexualidade, os primeiros discursos com os quais temos contato são os do meio médico-científico, que nos fazem encerrar a pessoa transexual em uma moldura classificatória. Contudo, quando nos detemos a ouvir os(as) transexuais, essa moldura redutora acaba por adquirir a forma de um poliedro, tamanha é a variedade e diversidade de possibilidades encontradas.

Quatro participantes relataram suas histórias de vida em entrevistas face a face. Das narrativas elaboradas por Marcela, Luana, Diva e Silvia Helena (nomes fictícios), pudemos inferir que a trajetória construída por cada uma, em relação à cirurgia de redesignação, era extremamente peculiar e própria, sendo influenciada por diversos aspectos, como poder aquisitivo, camada social, grau de educação

formal, aprendizado de vida e autoconhecimento. A pluralidade com a qual nos deparamos ao examinar essa faceta da diversidade afetivo-sexual – que concebemos como “a diversidade na diversidade” – trouxe consigo a possibilidade de nos aproximarmos da singularidade dos casos, pois tanto as necessidades como os repertórios interpretativos de cada indivíduo são particulares (Giami & Schiltz, 2004).

A seguir, apresentamos uma síntese das histórias de vida das quatro colaboradoras deste estudo, buscando delinear as marcas singulares que distinguem seus relatos a respeito da cirurgia de redesignação sexual.

Caso 1: “A cirurgia não é uma troca de genitália... Ela troca tudo” (Marcela)

Marcela é uma comerciante de 54 anos, que se considera bem-sucedida em seu trabalho. De camada social média alta, tem Ensino Superior completo. Declara-se solteira atualmente, mas conta que foi casada por 24 anos com uma mulher. Desse relacionamento heterossexual teve, à época (antes da cirurgia), dois filhos, que hoje são jovens adultos. Marcela, apesar de enfatizar que sempre se viu diferente dos outros meninos e que desde a infância se sentia mulher, só assumiu sua condição transexual aos 50 anos de idade. Essas características a enquadram no que alguns pesquisadores denominam de transexual secundário, que é um indivíduo mais velho, com orientação homossexual, que era considerado menos feminino durante a infância e que tende a ser ou ter sido casado com mulher e ser pai biológico (Lawrence, 2003).

Com essa decisão de se assumir, Marcela buscou o acompanhamento especializado de uma equipe multidisciplinar de um hospital no contexto brasileiro. Todavia, após investigar as opções que teria no Brasil, decidiu-se por realizar a cirurgia em outro país. Sua escolha, fundamentada em farta pesquisa conduzida por conta própria, recaiu na Tailândia:

“Eu li muito! [...] Tive contato com várias [transexuais], inclusive, preferivelmente, que já tinham feito a cirurgia... no Brasil! Eu comecei a por na balança. [...] Ai debrucei na Internet e comecei a pesquisar fora do Brasil. E dentro do Brasil também. Dentro do Brasil descobri que era tudo igual, mudava-se pouca coisa. [...] Pesquisei Canadá, EUA, Alemanha, Inglaterra, Espanha, tudo que você podia... Onde existia eu fui entrar no site, eu fui pesquisar, eu fui informar, eu fui perguntar, eu fui telefonar... Quem já fez, quem não fez, como é que foi, como é que não foi... Ai eu cheguei na Ásia, né, que é a Tailândia que é hoje a capital [da cirurgia de transgenitalização].”

Colocada em perspectiva, a primeira cirurgia realizada na Tailândia aconteceu no ano de 1975 (Chokrungravanont & Tiewtranon, 2004). Nem bem eram transcorridos 10 anos e esse tipo de cirurgia já era ensinado aos estudantes do Chulalongkorn University Hospital. De acordo com os autores, a técnica utilizada na Tailândia consiste na inversão peniana para a construção do canal da neovagina e na utilização de um pedaço da glândula peniana para a construção de um clítoris, o que oferece à transexual não só a aparência de uma genitália genuína, mas, principalmente, a funcionalidade e a

possibilidade de ter prazer. Entretanto, também é apontado pelos autores que alguns problemas, como rupturas nos grandes lábios ou pequenas necroses do tecido peniano, podem acontecer em alguns casos.

Marcela conta que decidiu submeter-se à redesignação sexual fora do Brasil devido aos avanços alcançados na técnica cirúrgica e ao menor risco oferecido pelo procedimento:

“Lá fora [Tailândia] você tem uma estética, você tem uma funcionalidade [sic] e você tem uma anatomia, tudo perfeito. Aqui no Brasil você não tem nenhuma das três coisas perfeitas. [...] Aqui no Brasil não se faz o clitóris. [...] O cirurgião lá, ele é um neurocirurgião também, ele tem o acompanhamento de um neurocirurgião para manter toda a parte das nervações [na neovagina]...”

Embora reconheça que a cirurgia no exterior mantenha diferenças importantes em relação à realizada no Brasil, Marcela reconhece que nem toda transexual pode se dar ao luxo de arcar com os custos elevados da viagem e das despesas médicas para realizar seu desejo. Por outro lado, afirma que fora do país o procedimento de transgenitalização é mais barato (Marcela pagou cerca de seis mil dólares pela cirurgia), porém os gastos com passagens e estadia elevam os custos. Além disso, ainda existem as barreiras culturais e linguísticas a serem ultrapassadas em uma incursão a um país estrangeiro, o que exige não apenas um *status* socioeconômico elevado, como também bom nível de educação formal.

A cirurgia é percebida por Marcela como um evento que trouxe harmonia à sua vida. Graças a esse procedimento ela pôde, finalmente, “se ver como um ser completo”. Um ser que não teve apenas sua genitália modificada, mas todos os aspectos da sua vida – como, por exemplo, sua relação com familiares e amigos, seus comportamentos sociais (como ir ao banheiro) e sua relação consigo mesma, que tiveram de ser repensadas e reavaliadas para absorver sua nova condição de mulher. Além da cirurgia de redesignação sexual, a colaboradora também se submeteu a outros procedimentos cirúrgicos para buscar adequar seu corpo à figura feminina, como depilação a *laser* e cirurgias reparadoras nos olhos, nariz e face. Para ela, a transexualidade foi somente uma condição passageira que vivenciou e que teve seu término natural com a cirurgia de redesignação sexual:

“A transexual existe enquanto dura a adequação. A partir daí você é mulher. [...] a transexualidade é uma fase, é um período de transição.”

O momento destacado por ela como o mais feliz de sua vida foi o pós-cirúrgico. Mais precisamente no instante em que ela, finalmente, pôde se olhar no espelho “como uma mulher por inteiro”. Como um novo nascimento, ela pôde visualizar concretamente a pessoa que ela sempre fora em seu íntimo, mas que não existia diante do espelho:

“A cirurgia não é uma troca de genitália... Ela troca tudo. É o seu corpo que muda, é o seu conceito que muda sobre você mesma, é a sua relação com você, a sua relação com o mundo, a sua consciência sobre o seu novo ser. Não é uma troca de genitália. Até então eu imaginava: ‘trocou lá’. Não! Hoje trocou

daqui [aponta a cabeça] até o dedão do pé. É outra pessoa. A minha relação com o mundo é outra.”

Caso 2: “Eu acho que quando a gente precisa, quando tem um sonho... Não importa quanto vai gastar, tem que gastar” (Luana)

Luana tem 27 anos e trabalha como auxiliar administrativo de um hospital. Ela completou o Ensino Médio e provém de uma família de camada média baixa. Mantém um relacionamento estável com um homem há cinco anos, sem coabitação. Iniciou sua transformação durante a adolescência e realizou a cirurgia aos 23 anos. Luana relata que sempre se sentiu mulher e que, por essa razão, teve muitos problemas na escola. Buscou a cirurgia em hospital no país, do qual tomou conhecimento por meio da participação, em um programa de televisão, de uma transexual que havia sido operada nesse local. Apesar do hospital se localizar em território brasileiro e em uma cidade relativamente próxima à região de moradia de Luana, ela conta que teve de “batalhar” muito para conseguir realizar esse sonho. O primeiro obstáculo encontrado por ela foi o custo elevado, não apenas do procedimento, como também dos demais recursos que envolvem o processo transexualizador:

“No meu caso ele [o cirurgião] cobrou 10 mil reais, teve gente que ele cobrou 20 mil reais... Então, assim, tem toda a avaliação social. [...] Fora isso eu tive que juntar dinheiro para pagar as consultas, que foram tudo particular. [...] [Os gastos totalizaram] uns 12 mil reais. E esse ano eu ainda fiz um retoque para melhorar. Mais cinco mil.”

Todavia, o auxílio da família e seu esforço pessoal para economizar parte substancial do seu salário mensal permitiram que ela conseguisse juntar a quantia necessária em menos de dois anos, transformando esse empecilho em um obstáculo ultrapassável para poder submeter-se ao procedimento. Luana conta que o preconceito que enfrentou por parte das pessoas de seu ambiente de trabalho e, em especial, de sua chefia, representou uma barreira bem mais significativa e difícil de ser superada. Antes de realizar a cirurgia, enfrentou diversas situações nas quais as pessoas, que ocupavam cargos hierarquicamente mais elevados do que o dela, a submetiam a situações constrangedoras, forçando-a a assumir sua faceta masculina. Assim, vivendo situações cotidianas em que era obrigada a se apresentar socialmente como homem, ostentando o nome masculino no crachá de identificação em seu local de trabalho, Luana teve muitas vezes que adotar uma postura submissa diante do assédio moral, pois necessitava manter o emprego para obter a soma de recursos necessários para custear a cirurgia. Nessa vertente, relata diversos episódios de humilhação, evidenciando que a transexualidade é uma condição estigmatizadora. De acordo com Soares et al. (2011), a cirurgia pode representar uma possibilidade de se inserir e se integrar tanto individual quanto socialmente, o que aumentaria as expectativas em relação aos resultados:

“Eu achava que eu não tinha que desistir porque precisava do dinheiro para a cirurgia. Então, em um momento... assim, eu

podia até chorar em casa, falar que eu não queria ir mais, mas sempre tinha esse motivo para estar vindo trabalhar.”

Graças à sua obstinação, Luana considera que conseguiu vencer velhos conceitos e preconceitos para alcançar seus objetivos e realizar a tão almejada cirurgia. Além desse desafio, a colaboradora relata manter, no presente, uma obsessão por apagar todos os traços masculinos remanescentes. Pela manhã, ao se preparar para sair de casa, despende no mínimo uma hora buscando eliminar pêlos ou algum fio de barba que poderiam tornar sua aparência menos feminina. Também adicionou ao seu corpo marcas bastante evidentes do feminino, como próteses de silicone que a deixaram com seios grandes. Recusa-se terminantemente a usar – e até mesmo mencionar – seu nome masculino, que ainda se encontra inalterado em seu registro civil. Para Luana, essas atitudes, em especial a realização da adequação, nada mais fazem do que apagar *o homem que ela não era* e trazer à tona a mulher que ela sempre foi e que se encaixa no estereótipo de gênero vigente:

“Ai, parecia que eu nunca ia conseguir, mas no fim não foi tão difícil. [...] Eu acho que, quando a gente precisa, quando tem um sonho... Não importa quanto vai gastar, tem que gastar.”

Caso 3: “Agora, é lógico que, se eu tivesse sido operada, [...] com certeza ia ser muito mais fácil das pessoas me chamarem de Diva” (Diva)

Diva é uma atriz de 30 anos. Tem Ensino Superior incompleto e é oriunda de uma família de camada socioeconômica média baixa. Refere estar em um relacionamento há um ano com um homem mais novo, sem coabitação. Iniciou seu processo de transformação recentemente, pois só veio a se assumir como transexual perante a família e os amigos há cinco anos. Por viver em uma cidade pequena do interior e considerar que nesse ambiente poderia ser vítima de muito preconceito e chacotas por parte das pessoas preconceituosas, só se apresenta socialmente no papel feminino quando viaja a cidades vizinhas, municípios mais desenvolvidos que contam com recursos e estabelecimentos voltados ao público de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Alega que ainda não realizou a cirurgia por uma limitação financeira e dificuldade de conseguir o acompanhamento médico necessário para a transição:

“Primeiro porque em [cidade] não existe corpo médico capaz de realizar isso [tratamento hormonal].”

Entretanto, Diva vislumbra a cirurgia como uma meta a ser alcançada, que considera de extrema importância, pois agregaria à sua vida satisfação e bem-estar psicológico. Para ela, esse procedimento figura como um acontecimento que facilitará sua vida em diversos aspectos. Apesar de admitir que a adequação não a levará a ser tratada plenamente como mulher, uma vez que o preconceito nunca deixará de existir, ela ainda considera o procedimento cirúrgico como oportunidade de resolução dos seus problemas, por ser aquilo que trará harmonia ao seu ser. Para Soares et al. (2011), a

história familiar das transexuais – no caso de Diva, pontuada por diversos conflitos, em especial com o pai – faz com que elas acreditem que só serão aceitas e amadas na condição de mulheres:

“Eu necessito fazer a cirurgia de mudança de sexo para ter equilíbrio psíquico, espiritual e mental. Viver uma duplicidade forçada é algo que fere minha identidade feminina e desequilibra totalmente minha personalidade. Viver uma despersonalização é como ser torturada todos os dias. Portanto, a cirurgia é muito importante para que eu viva 24 horas como mulher, sendo respeitada no trabalho, na rua e onde quer que eu esteja.”

Na fala de Diva percebemos que sua convicção íntima de ser mulher aparece como uma disposição de ordem psíquica, social e existencial. Nessa perspectiva, o problema é o descompasso entre essa convicção arraigada e o real materializado em seu corpo. A cirurgia como o principal fator solucionador desse problema é parte da concepção biomédica que, atualmente, situa a transexualidade como um problema médico, no qual a indicação da redesignação é condicionada ao diagnóstico de disforia de gênero. Ao criar essa associação, a medicalização da transexualidade acaba por trazer ao primeiro plano a cirurgia como o “tratamento” indicado para se “curar” essa condição médica. Também reforça a crença generalizada de que o sexo e o corpo são autoevidentes enquanto entidades naturais (Butler, 2003). Apesar da interação cirurgia/diagnóstico ser a via legitimada de acesso dos(as) transexuais aos serviços de saúde pública, também acaba por endossar um processo de patologização, que pode recriar ou no mínimo reforçar o estigma social que tem de ser suportado por esses indivíduos. Além disso, desenvolve-se uma idealização em relação ao que a redesignação trará efetivamente como resultados (Arán et al., 2009):

“Agora, é lógico que, se eu tivesse operada, se eu tivesse com um baíta de um silicone, se não tivesse mais nascendo pêlo em mim e eu pudesse ter liberdade de me vestir, com certeza ia ser muito mais fácil das pessoas me chamarem de Diva.”

Caso 4: “Ia ser a cereja do bolo, ia ser um enfeite, uma coisa extremamente anatômica...” (Silvia Helena)

Silvia Helena é uma cabeleireira de 29 anos, com Ensino Fundamental completo. Mantém um relacionamento de dois anos com um homem de 29 anos, com quem coabita. Ela conta que começou sua transformação na adolescência com a aplicação de hormônios. Apesar do apoio que teve por parte da mãe e de ter conseguido implantar próteses de silicone nos seios, ela não realizou a cirurgia de redesignação sexual. Contudo, no início de seu processo de transformação, Silvia Helena também buscou a cirurgia como uma maneira de resolver seus conflitos íntimos:

“Quando saiu em 1997 a cirurgia experimental, eu corri pro HC para pegar o encaminhamento para a urologia. Eu dormi na porta do HC pra conseguir porque eles só pegavam dois casos por dia. Eu tive que dormir na porta do HC para conseguir pegar o primeiro lugar porque eu TINHA que conseguir essa

vaga na urologia para ter acompanhamento multidisciplinar. Sonhando com a cirurgia no final disso daí.”

Esse processo desgastante de “batalhar pela cirurgia” prolongou-se por quase dois anos e acabou frustrado:

“Eu fiquei um ano e meio indo no HC de semana em semana, de 15 em 15 dias... [...] No caso, o HD lá em Rio Preto, hospital de base, fui encaminhada para lá. Fui e voltei no mesmo dia. Não tinha vaga. Tipo assim: “Não dá, não tem vaga. Espera. Depois a gente pega o seu telefone, o seu acompanhamento, a gente liga”. Tô esperando até hoje! Ai fui para o Prosex, em São Paulo, e foi pior ainda.”

Todavia, alguns acontecimentos especialmente difíceis na vida de Silvia Helena, como a dificuldade em conseguir acompanhamento médico, relacionamentos afetivos fracassados ou francamente nocivos – de acordo com sua própria percepção, bem como a morte da mãe, a impulsionaram a iniciar uma jornada de elaboração pessoal por meio de auxílio psicoterapêutico. A colaboradora conta que, com isso, conseguiu ressignificar o lugar que a cirurgia ocupava em seu universo emocional, pois sempre a considerou como sua única maneira de resolver seus problemas para poder, finalmente, ser feliz:

“Aquele sensação do transexual ficar falando do que vai ter depois da cirurgia: ‘Depois da cirurgia vai ser prazeroso viver’. Gente, eu acho horrível você ter que marcar um período para começar a viver a sua felicidade.”

Silvia Helena conta que, atualmente, não tem mais o ideal da cirurgia como prioridade em sua vida e o processo terapêutico pelo qual passou teve um papel importante nessa mudança. Mesmo assim, relata que está lutando na Justiça para conseguir alterar seu nome e sexo designado no registro civil. Aponta que essa é sua prioridade, posto que, com essa alteração, muitos constrangimentos sociais seriam evitados. Para ela, não é a mudança da genitália que a transformará em uma mulher *full time*, nem é o que poderá trazer equilíbrio para o seu ser. Esse ajustamento já foi encontrado por ela: o que ela denomina de “equilíbrio entre sua faceta feminina e masculina”, que é um processo muito longo e difícil de se obter, mas que ela já alcançou parcialmente por meio de sua jornada de autoconhecimento e amadurecimento pessoal. Assim, a cirurgia tornou-se atualmente “apenas um detalhe” e sua possível realização desperta, inclusive, algum receio em relação ao funcionamento sexual posterior, preocupação que ela não tinha anteriormente. Silvia Helena relata que tem dúvidas sobre como ficaria a obtenção do prazer após a cirurgia. Revela que, em seu contexto atual de vida, encontrou um modo de obter satisfação “mesmo com” a presença do órgão masculino:

“Tanto que eu chego a questionar se a cirurgia seria necessária para mim. [...] De duas semanas pra cá eu penso: ‘Será que eu devo? Será que eu preciso? Será que eu já não consegui estabelecer todo meu quadro de integridade? Será que eu não consegui resgatar toda a integridade com o meu ser sem a necessidade de me operar?’ Porque eu sou mulher social, eu sou

uma mulher dentro de casa, eu sou uma mulher sentimental, eu sou uma mulher para mim mesma, eu me permito ser mulher 24 horas, *full time*. [...] [agora a cirurgia para mim] ia ser só a cereja do bolo, ia ser um enfeite, uma coisa extremamente anatômica...”

Discussão

Constatamos que a aproximação ao desejo de submeter-se à cirurgia de redesignação sexual nas quatro colaboradoras desdobrou-se em diferentes formas de significação, que compreendem desde os primeiros pensamentos e sentimentos relacionados à possibilidade de adequação sexual, passando pelo processo de tomada de decisão em relação a submeter-se ao procedimento cirúrgico, que por sua vez desencadeia algumas etapas de busca de meios e recursos médicos para viabilizá-la, o que exige a superação de obstáculos materiais, sociais e psicológicos. O processo vivenciado pelas mulheres transexuais inclui: a etapa preparatória (envolvendo busca ativa de informações, realização de consultas, exames clínicos, tratamento hormonal, acompanhamento clínico e psicoterapêutico); o acesso ao serviço de saúde especializado, tornando possível consumir o desejo de redesignação sexual; e o período de recuperação e adaptação ao novo corpo – o que inclui a necessidade de novas cirurgias corretivas. Trata-se, assim, de um percurso longo e tortuoso, até que se possa alcançar a realização de um desejo que, por tanto tempo, fora acalentado em sonhos como parte crucial do projeto de vida da pessoa transexual.

As transexuais entrevistadas teceram reflexões e questionamentos em relação às diversas mudanças corporais que seriam necessárias na busca de uma harmonização entre seu estado de mente e o corpo vivido. Isso é compreensível porque é por meio do corpo que comportamentos e características tornam-se marcas culturais que distinguem os sujeitos e também constituem posições de poder (Louro, 2004). Por meio dessas injunções, a sociedade estabelece a divisão masculino/feminino como um fato natural e primordial, dando sustentação à ideia de que o gênero, de algum modo, é reflexo do sexo estampado no corpo e que, a partir da materialidade signíca deste, deduzimos identidades sexuais e de gênero, além de interligarmos todas as outras esferas constitutivas do sujeito a tal determinação (Bento, 2008; Louro, 2004).

Desse modo, o corpo se torna um *locus* privilegiado de construção social. Isso não deve ser entendido no sentido de que sua materialidade não existe, mas no sentido de que são os processos discursivos vigentes na cultura que transformam os atributos corporais em definidores do gênero e, conseqüentemente, do sujeito (Louro, 2004). Em outras palavras, “os corpos, na verdade, carregam discursos como parte de seu sangue” (Louro, 2004, p. 79). “Os corpos são o que são na cultura” (Louro, 2004, p. 75).

O discurso cultural que envolve a transexualidade e que está sendo propagado desde a criação do termo *transexual*, entroniza a cirurgia como o objetivo mais elevado do processo de transgenitalização e, por conseguinte, como um bem universal e prioridade máxima na vida de todo e qualquer transexual. Submeter-se à intervenção médica que viabiliza a redesignação sexual aparece como um desejo inerente a

todos os indivíduos que vivenciam essa condição e se impõe como necessidade única, natural e universal. Nesse tipo de discurso essencialista, essa seria a única maneira de a pessoa transexual se adequar à sociedade e ser feliz, como se depreende do argumento sustentado por Benjamin (1966). Podemos notar que esse discurso é assimilado pelas transexuais, particularmente quando vemos Marcela e Luana se referirem à transexualidade como uma passagem, uma fase provisória de um período de transição que é superado a partir do momento em que o corpo é adequado ao gênero – porém, um gênero que, desde sempre, se impôs a elas, constituindo suas identidades. De acordo com esse discurso, é somente quando se consuma a remissão da inadequação sexo-gênero pela via da intervenção cirúrgica que a identidade de gênero se completaria. Essa interpretação caminha na vertente de estudos que mostram que as transformações cirúrgicas, em especial a de redesignação sexual, trazem diversas consequências positivas para os(as) transexuais (Lawrence, 2003).

Em seu estudo sobre saúde sexual e reprodutiva de homens, Simião, Cruz e Filho (2009) mostram que as justificativas para a não procura por ajuda profissional e cuidados em saúde, por parte dos homens, são baseadas nos discursos biológico, social e cultural. No caso das transexuais, a procura pela cirurgia está circunscrita pelo discurso heteronormativo. Tal discurso traz consigo a ideia de que estar transitando entre os gêneros é algo “não natural” e, portanto, que não pode ser aceito, o que incentivaria as transexuais a considerarem a cirurgia como uma forma de legitimar esse discurso de gênero, fazendo com que o corpo se adeque à norma. Quando a cirurgia, por alguma razão, ainda não se tornou possível, elas ainda encontram maneiras de validar perante a sociedade a sua condição transexual. Schrock e Reid (2006) constataram, nas histórias sexuais de transexuais que, para obterem essa validação, elas acabam por manipular os discursos de gênero, da sexualidade masculina e o terapêutico, o que sugere possibilidades de adaptação que não estão necessariamente vinculadas à cirurgia. É o caso de uma das colaboradoras do presente estudo, Silvia Helena, que pleiteia em outro campo – no caso, do Direito – sua reivindicação de ver legitimada sua diferença, por meio da mudança do nome no registro civil.

A literatura mostra que os(as) transexuais buscam a cirurgia e todo o tipo de transformação corporal não somente para estabelecer a unidade entre corpo/mente e entre suas identidades, mas, primordialmente, para alcançar o reconhecimento do seu pertencimento à humanidade, o reconhecimento social de sua condição humana (Bento, 2006). Para construir esses corpos e alcançar essa humanidade almejada, elas se tornam negociantes em relação às normas de gênero, podendo, com isso, reproduzi-las ou desestabilizá-las (Butler, 2003). Luana traz uma necessidade imperiosa de apagar todos os vestígios masculinos de seu corpo e de seu passado. Busca, dessa maneira, na sujeição ao sistema binário vigente, enquadrar-se no feminino desenhado e prescrito pelas normas de gênero. Por sua vez, Silvia Helena se mostra em harmonia com seu corpo, mesmo reconhecendo que este contém partes femininas e masculinas, o que a coloca fora das normas de gênero e desestabiliza o binarismo masculino/feminino e mesmo o binarismo sexo/gênero, pois, ao mostrar um corpo que não traz em si um sexo “definido” dentro do padrão heteronormativo, não dá sustentação a uma determinação de gênero

(Butler, 2003). Para a Teoria *Queer*, além de biologia não ser destino, os gêneros masculino e feminino não se constroem necessariamente sobre corpos masculinos e femininos. Por conseguinte, Luana pode reivindicar sua busca obstinada por um corpo que esteja em conformidade com o seu desejo de ser fisicamente 100% compatível com seu gênero feminino.

Ser transexual é cruzar os gêneros, é transitar em uma via divergente da trilha heteronormativa compulsória que a cultura oferece para as pessoas se enquadrarem. É ter, quase sempre, a dolorosa consciência de que se está à margem do estabelecido, em posição periférica e excluída. Nesse contexto, a cirurgia se afigura como uma possibilidade de modificar e reverter essa situação desprivilegiada. Na fala de Marcela fica marcada a hierarquia estabelecida entre centro e periferia, entre o próprio de sua cultura e o estrangeiro. Em busca do reconhecimento de sua humanidade e da criação das marcas “certas” que as levarão a serem aceitas da maneira pela qual elas próprias se percebem e se identificam, as colaboradoras mostram um jogo de experimentação com o masculino e o feminino em seus corpos (Louro, 2003). Elas buscam inscrever em seus corpos os signos que se relacionam à feminilidade, por vezes chegando a pôr grande relevo nesses signos, como seios fartos ou mudanças expressivas na fisionomia, conforme relatado por Luana e Marcela, respectivamente. Outras vezes conseguem manter as características do masculino e do feminino coexistindo ao mesmo tempo e em um só corpo, como é o caso de Silvia Helena, em sua relação de progressiva aproximação com o que ainda resta de sua faceta masculina, com o propósito de integrar as diferenças. Para Louro, esse ambicioso projeto identitário toma forma e lugar no corpo, que é “montado” não somente por meio da visão interna e própria, mas também por meio do olhar do outro.

A relação com o outro assume especial importância no processo de ajustamento psicossocial. Soares et al. (2011) trazem à discussão a necessidade que as pessoas transexuais sentem de uma rede social de apoio. As situações de preconceito, intolerância, estigma e falta de conhecimento por parte dos outros, entre os quais se situam os profissionais de saúde, dificultam o processo de aceitação e de apoio, limitando as redes disponíveis para essa população, o que também dificulta seu acesso a programas de saúde e mascara possibilidades de se estar fora do papel de doente. Poder pertencer e, ao mesmo tempo, poder se diferenciar da rede social são processos que auxiliam no fortalecimento das redes. Por isso é importante, do ponto de vista do desenvolvimento pessoal e da construção identitária, a validação que é dada pelo olhar que o outro lança à pessoa transexual.

As injunções a que essas pessoas estão sujeitas em suas interações sociais acabam por delinear aquilo que propomos denominar de *transcorpo*, isto é, um corpo que se cria a partir de um ato performático e que ultrapassa as barreiras normativas, pois se modifica e se transforma constantemente, de forma instável e imprevisível, como materialidade mutante. O discurso médico-científico acaba por se apropriar desse *transcorpo*, com o intuito de regulá-lo e disciplinar seu potencial subversivo, de modo a enquadrar a ameaça potencial que ele embute em termos de uma transgressão às categorias habituais pelas quais definimos o gênero. Assim, o discurso biomédico, em grande parte apropriado pelas colaboradoras

Marcela, Luana e Diva, tenta colocar esse *transcorpo* mutante em uma posição estática e passiva, tornando-o *paciente*, empurrando-o até o limite da cirurgia de redesignação sexual, referendada como barreira final a ser superada para a plena realização de seu projeto existencial.

Junto a essa operação comparece uma visão de que a transexualidade é um distúrbio, um transtorno mental que tem como tratamento normalizador o processo transexualizador. Tal argumentação acaba, por um lado, por garantir o acesso dos(as) transexuais à rede pública de saúde, que é importante do ponto de vista da atenção ao processo saúde-doença, assim como para a construção de si na transexualidade. Por outro lado, essa mesma conjuntura de forças reproduz uma visão patologizante que alimenta a estigmatização da pessoa transexual (Arán et al., 2009). Além disso, são incipientes as políticas públicas de saúde voltadas aos transexuais, o que decorre do fato de a transexualidade não ser assumida como pauta da agenda da saúde pública. Isso acaba por inibir as possibilidades concretas de abrandar os efeitos da estigmatização, além de restringir as possibilidades de acolhimento desses indivíduos, para que eles possam, como Silvia Helena, desenvolver um processo de autoconhecimento e talvez repensar a importância da cirurgia em suas vidas. Até os dias de hoje existem apenas dois ambulatórios especializados no atendimento de transexuais no Estado de São Paulo (um no interior e o outro na capital), que foram inaugurados em 2008 e 2009, respectivamente, o que demonstra o caráter recente e ainda negligenciado da temática *trans* dentro da saúde pública (Soares et al., 2011).

O diagnóstico de disforia de gênero é baseado no sistema normativo de gênero e acaba por reproduzi-lo, não levando em consideração a diversidade das construções de gênero dentro da transexualidade e a subjetividade de cada devir transexual. Como ficou claro nos relatos das quatro participantes do presente estudo, as questões atinentes ao que significa o “tratamento” e o que, para elas, favorece a harmonização de seu ser interior, diferem de pessoa para pessoa. Não é consensual entre as transexuais investigadas que a cirurgia deve ocupar uma posição central em suas vidas, como uma estratégia para varrer da superfície corporal os últimos vestígios de uma masculinidade vivenciada como ameaçadora. Esse dado corrobora outros estudos realizados com essa população, que mostram que cada realidade distinta traz consigo uma necessidade diferente quanto às características da intervenção cirúrgica que trariam satisfação para cada indivíduo (Arán et al., 2009; Schrock & Reid, 2006). Em seu estudo com 381 transexuais na França, Giami, Beaubatie e Bail (2011) expõem não só a diversidade referente à importância dada à cirurgia no contexto de vida dessas pessoas, como também a amplitude de possibilidades de identificação de gênero que o indivíduo reserva para si.

É essencial, portanto, destacar que, diferentemente do que poderíamos pensar a partir da visão essencialista sustentada pelo discurso biomédico, não existe uma identidade transexual universal, haja vista que a transexualidade deve ser compreendida como mais uma possibilidade humana de *determinação* do gênero, que traz consigo, assim como qualquer outra construção social, um caráter de arbitrariedade e não de determinação; uma dimensão de relativa autonomia (no caso, uma trans-autonomia) em relação às definições hegemônicas

do sistema sexo/gênero. Como já apontado, confirma-se que o sexo não é destino (Butler, 2003). Tal autonomia deve ser preservada, pois se enfraquece na medida em que a transexualidade é categorizada como um traço patológico, posto que a pessoa transexual necessita se enquadrar na condição de doente, ou seja, alguém que não se encontra em condições de cuidar de si mesma (Arán et al., 2009), se quiser legitimar seu direito a ter acesso ao processo de redesignação sexual.

Considerações Finais

Podemos notar que os significados atribuídos pelas mulheres transexuais à cirurgia de redesignação sexual são múltiplos e trazem consigo uma marca identitária acentuada. As colaboradoras que realizaram o procedimento legitimam, em parte, o discurso biomédico, ao se referirem à satisfação e ao sentimento de bem-estar pessoal auferidos com a cirurgia, vislumbrando nesse procedimento a chave de acesso à plena realização de seu ser. Por outro lado, uma das colaboradoras, que não havia se submetido à cirurgia, mostrou-se cética em relação à sua importância no seu contexto atual de vida, não se colocava mais desejosa de realizar o procedimento por se perceber uma mulher *full time* mesmo sem ter recorrido a tal artifício, o que a posiciona na direção oposta das demais, mostrando que nem toda pessoa transexual passa a vida acreditando que só existe salvação na cirurgia. É interessante sublinhar que essa colaboradora era a única que coabitava com seu companheiro, o que sugere a relevância do apoio do parceiro para a manutenção da autoestima da pessoa transexual, além do fato de ela também ter passado por um longo processo de psicoterapia, que a auxiliou a ressignificar suas convicções, dentro de uma cultura binarista e heterossexista.

Os achados deste estudo sugerem que ainda persiste uma aura de idealização e mistificação envolvendo o processo transexualizador, na perspectiva das transexuais investigadas. Os dados obtidos fornecem valiosos subsídios para apoiar a reflexão dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à pessoa transexual, na medida em que a visão médica valoriza esse procedimento como desfecho único e inquestionável, que teria sua legitimação no fato de ser reconhecidamente *necessário* e desejado por todos(as). Como o presente estudo evidenciou, os significados atribuídos à cirurgia são polissêmicos e mutáveis ao longo do processo de desenvolvimento e amadurecimento psicossocial, o que tornaria necessário considerar essas possíveis transformações de significado no planejamento do acompanhamento terapêutico oferecido durante o processo transexualizador.

Além disso, o desejo de se submeter ao procedimento não deve ser um critério definidor da transexualidade. Por mais que a redesignação seja um procedimento válido e importante no campo, temos que ter em mente que, do ponto de vista da pessoa transexual, não é a única opção existente para promover a harmonização corpo/mente e, conseqüentemente, buscar maior bem-estar subjetivo. Pelo contrário, algumas transexuais, geralmente invisibilizadas nas pesquisas e na mídia, podem não vislumbrar a solução cirúrgica como condição *sine qua non* para se sentirem bem psicologicamente e em paz com seu próprio corpo e identidade, o que evidencia a necessidade de novos estudos que

permitam explorar horizontes mais amplos de possibilidades para situarmos as ações em saúde.

Referências

- Alves-Mazzotti, A. J. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, 36(129), 637-651.
- Arán, M. (2006). A transexualidade e a gramática normativa dos sistemas de sexo-gênero. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 9(1), 49-63.
- Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), 1141-1149.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Texto revisado* (4a ed. ver.). (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomena*. New York, USA: Julian Press.
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: Sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Bento, B. (2008). *O que é transexualidade*. São Paulo, SP: Brasiliense.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Portaria nº 1.707, de 18 de Agosto de 2008*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 novembro de 2010, de <http://goo.gl/bN6V4>
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade* (R. Aguiar, Trad.). São Paulo: Civilização Brasileira.
- Chokrungravanont, P., & Tiewtranon, P. (2004). Sex reassignment surgery in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87(11), 1402-1408.
- Costa, J. F. (1989). *Psicanálise e contexto cultural: Imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*. Rio de Janeiro: Campus.
- Franco, T., Miranda, L. C., Franco, D., Zaidhaft, S., & Arán, M. (2010). Male-to-female transsexual surgery: Experience at the UFRJ University Hospital. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 37(6), 426-434.
- Giami, A., Beaubatie, E., & Bail, J. (2011). Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans: Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 42, 433-437.
- Giami, A., & Schiltz, M. A. (2004). *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes: Entre errance et conjugalité*. Paris, França: INSERM.
- Goddard, J. C., Vickery, R.M., & Terry, T. R. (2007). Development of feminizing genitoplasty for gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 4, 981-989.
- Gómez-Gil, E., Esteva de Antonio, I., Almaraz, M. C., Godás Sieso, T., Halperin Rabinovich, I., Soriquer Escofet, F. (2011). The demand for health care services in the gender identity units of Andalusia and Catalonia during the period of 2000 to 2009. *Revista Clínica Española*, 211(5), 233-239.
- Hage, J. J., Karim, R. B., & Laub, D. R. (2007). On the origin of pedicled skin inversion vaginoplasty: Life and work of Dr Georges Burou of Casablanca. *Annals of Plastic Surgery*, 59(6), 723-729.
- Jenner, C. O. (2010). Transsexual primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(8), 403-408.
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299-315.
- Louro, G. L. (2003). Corpos que escapam. *Labrys*, 4, 1-11.
- Louro, G. L. (2004). *Um corpo estranho: Ensaio sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Meihy, J. C. S. B. (1994). Definindo história oral e memória. *Cadernos CERU*, 2, 52-60.
- Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Queiroz, M. P. I. (1987). Relatos orais: Do "indizível ao dizível". *Ciência e Cultura*, 39(3), 272-286.
- Saadeh, A. (2004). *Transtorno de identidade sexual: Um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Santos, Y. G. S., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Homoparentalidade masculina: Revisando a produção científica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 572-582.
- Schrock, D. P., & Reid, L. L. (2006). Transsexuals' sexual stories. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), 75-86.
- Simião, F. C. N., Cruz, F. M. L., & Filho, P. O. (2009). Atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens: Discursos de profissionais do programa saúde da família de Recife. In *Anais de Trabalhos Completos do XV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Maceió, AL. Retrieved from <http://www.abrapso.org.br>
- Soares, M., Feijó, M. R., Valério, N. I., Santos, C. L., Siquieri, M., & Pinto, M. J. C. (2011). O apoio da rede social a transexuais femininas. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(48), 83-92.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). London: Sage.
- Ventura, M., & Schramm, F. R. (2009). Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(1), 65-93.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedeker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, 165(2), 331-337.

Recebido em 08.02.2012

Primeira decisão editorial em 11.06.2013

Versão final em 02.08.2013

Aceito em 19.08.2013 ■