

# O TRANSEXUAL MASCULINO: CONSIDERAÇÕES SOBRE REDE DE APOIO SOCIAL E COPING NA MUDANÇA DO SEXO ANATÔMICO

Gustavo Espíndola WINCK<sup>1</sup>  
Circe M. S. PETERSEN<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente artigo discorre acerca das estratégias de coping, das configurações da rede de apoio social e do significado subjetivo da vulvoplastia em transexuais masculinos. A partir do método qualitativo-descritivo, os participantes foram divididos em 2 grupos contrastantes de 4 sujeitos: um pré e o outro pós-cirúrgico. Os resultados apontam para diversas semelhanças quanto à caracterização dos grupos, porém os comportamentos evitativos foram mais frequentes no grupo pré-operatório, onde também foi menor percepção da rede de apoio social. Tais informações sugerem possível necessidade, neste grupo, de um menor contato com elementos sociais que, desta forma, poderiam denotar incompatibilidades à sua identidade de gênero - o que transformaria o processo cirúrgico em um ponto de convergência de diversas expectativas quanto a um papel delimitador e transformador não somente anatômico, mas também psicológico.

**Palavras-chave:** gênero, transexualidade, rede de apoio social, coping, vulvoplastia

## ABSTRACT

This article discusses about the coping strategies, the social support networks' configuration and the subjective vulvoplasty's meaning in male transexuals. By the qualitative-descriptive method, the participants were divided in 2 contrasting groups of 4 subjects each: one pre and one post-surgical. The results point to various similarities regarding the groups, however the evitative behaviors and less social network's perception were more frequent on the pre-operative group. That information suggest, by this group, a probable need of a minor contact with social elements that could bring incompatibilities to their gender identity - what would become the surgical process in a converging point of many expectations towards a restricting and transforming role not only anatomic, but also psychological.

**Key words:** gender, transsexuality, social support networks, coping, vulvoplasty

## Introdução

Pretendemos, com o presente texto, apresentar considerações acerca das relações existentes entre a representação subjetiva da troca de sexo biológico em homens transexuais, as suas principais estratégias de coping frente a esta situação, e a percepção dos mesmos acerca da rede de apoio social que os cerca. Para tanto, dividimo-los em dois grupos distintos: antes e após a cirurgia - chamada de neocolpovulvoplastia, ou, simplesmente, de vulvoplastia - a qual demarcaria uma “aproximação” da identidade de gênero feminina que caba contrastando com a sua anatomia genital (“Cirurgia”, 2001; Lawrence, 2002).

A transexualidade, enquanto entidade nosológica, foi primeiramente descrita pelo Dr. Jean Dominique Esquirol no século IX. Estudou-se o fenômeno com maior profundidade pelo Dr. Harry Benjamin na década de 40 (Athayde, 2001), sendo que o mesmo está (ainda) classificado como um distúrbio de gênero pelos dois principais manuais nosográficos em uso na

---

<sup>1</sup> Psicólogo, especialista em Psicologia Clínica com Ênfase em Avaliação Psicológica (UFRGS) e mestrando em Psicologia Social e da Personalidade (PUCRS). Av. Cel. Lucas de Oliveira, 2786/304 - CEP 90460-000 - Porto Alegre/RS - gew@pop.com.br

<sup>2</sup> Psicóloga, mestre em Psicologia Clínica (PUCRS) e doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS). Av. Nilópolis, 235/208 - CEP 90460-050 - Porto Alegre/RS - circe@terra.com.br

comunidade científica: a CID-10 e o DSM-IV TR (Organização Mundial da Saúde, 1993; American Psychiatric Association, 2000).

O termo, desta forma, passa a ser entendido como um desejo permanente de viver como se fosse uma pessoa do sexo oposto, bem como de ser aceita como tal - ainda que sob o estigma do “transtorno” psicológico se tomarmos os manuais supramencionados. Por isto, o sexo anatômico do indivíduo acaba lhe causando grande desconforto psíquico, já que não vem ao encontro da sua identidade de gênero. Geralmente, é também característica uma considerável vontade de participar de procedimentos cirúrgicos ou de tratamentos hormonais que transformem a imagem do seu corpo no mais verossímil possível à do sexo anatômico identificado (Dor, 1996).

Desde 1998, obedecendo à resolução nº 1482 de 10 de setembro de 1997 do Conselho Federal de Medicina, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre instalou uma equipe interdisciplinar para o estudo da transexualidade, formada por psiquiatras, psicólogos, urologistas, ginecologistas, mastologistas, otorrinolaringologistas, cirurgiões plásticos, fonoaudiólogos e assistentes sociais. Desta iniciativa surgiu o denominado Programa de Transtorno de Identidade de Gênero (PROTIG), onde realizamos a entrevistas para a coleta de dados. Os candidatos à cirurgia de transformação sexual devem ser acompanhados pelo referido programa durante um período mínimo de dois anos, antes que a cirurgia seja autorizada. Durante este tempo, freqüentam grupos semanais (nos quais estão incluídos tanto transexuais masculinos quanto femininos) e têm acompanhamento psicológico individual, ambos na própria instituição. Além da vulvoplastia, podem ser realizadas outras intervenções, como a cirurgia para reduzir o popularmente chamado “pomo de Adão”, uma terapia hormonal (para modificação dos caracteres somáticos), e a realização de cirurgia plástica mamária. (Koff, 2000).

A justificativa desta proposta se fundamenta, principalmente, pela possibilidade de investigar algumas das vicissitudes da sexualidade e do gênero nesta temática que, nem sempre, é lembrada pelos pesquisadores da área psi. Reiterando-se a este contexto o papel assumido pela rede de apoio social e pelas estratégias de coping adotadas, pretendemos chegar a considerações não somente centradas no indivíduo, mas também no ambiente dentro do qual ele está inserido.

Concomitantemente, pretendemos ainda focar as seguintes questões norteadoras: a existência de diferenças quanto às estratégias de coping antes e após a vulvoplastia; como as estratégias de coping estariam relacionadas ao evento da vulvoplastia; como caracterizaria-se a rede de apoio social em cada um dos grupos; como determinadas estratégias de coping estariam relacionadas à organização desta rede; e verificar possíveis diferenças quanto a intensidade do uso de determinadas estratégias de coping entre os grupos estudados.

Esperamos, portanto, que este material possa ser fonte de informações acerca do tema, pois consideramos importante a apropriação do mesmo pela psicologia. Os transexuais, assim, poderiam ser compreendidos não somente enquanto objeto de estudo, mas também enquanto pessoas que, assim como quaisquer outras, merecem a nossa atenção enquanto profissionais e enquanto cidadãos inseridos em um mesmo campo social.

## **Método**

Optamos por delineamento qualitativo-descritivo para responder às questões de nossa pesquisa. A ênfase do mesmo está na descrição dos dados, procurando uma visão integrada daquilo que foi relatado com o que foi observado em campo durante o processo da coleta. Há também atenção especial relativa ao modo como os conteúdos abordados são compreendidos e vivenciados individualmente pelos participantes, para que possam, então, ser correlacionados à revisão teórica (Godoy, 1995). Desta forma, poderemos utilizar uma abordagem que procura

preservar, na medida do possível, as características essenciais do nosso objeto de estudo - a transexualidade - a partir de uma visão mais integrada acerca do mesmo (Scarparo, 2000).

Os participantes da pesquisa foram intencionalmente selecionados em um total de oito transexuais do sexo masculino, todos incluídos no PROTIG. Estes, então, foram divididos em dois grupos distintos (cada um composto por quatro sujeitos). O primeiro constituiu-se de transexuais que estão ainda aguardando a vulvoplastia, e o segundo contemplou àqueles que já realizaram a cirurgia.

Foi utilizado como instrumento principal uma entrevista semi-estruturada (Apêndice A), caracterizada por um roteiro de treze questões perquiridas igualmente a todos os participantes, sempre na mesma ordem, e com respostas abertas. As questões sobre coping aludiram à apresentação de situações hipotéticas, nas quais foi verificada qual a reação e/ou a percepção relatada pelo sujeito. Já as questões sobre a rede de apoio social procuraram abordar os cinco quadrantes do chamado “mapa de rede” por Sluzki (1998): família, amizades, relações de trabalho, relações comunitárias e relações com sistemas de saúde. Contando com este conjunto de informações, descrevemos e comparamos as respostas para, enfim, estabelecer as devidas considerações (Lakatos e Marconi, 2003).

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação (GPPG) da instituição, responsável pelos parâmetros éticos relativos à pesquisa com seres humanos, os indivíduos foram convidados a participar voluntariamente, em setting adequado à entrevista. Foi também realizado um rapport inicial pra inteirar os sujeitos a respeito da natureza da pesquisa e lhes foi garantindo o anonimato na apresentação dos resultados. Estas questões, bem como outras pertinentes aos âmbito ético, foram incluídas no Termo de Consentimento Livre e Informado, o qual foi assinado pelos participantes em duas vias (ficando uma delas em sua posse).

Os dados, após a coleta, passaram pelo processo de análise de conteúdo (Bardin, 2002), no qual foram devidamente listados e, a partir do referencial teórico e do conteúdo das respostas, foram criadas categorias e sub-categorias (Ferreira, 2000). Para a realização da contagem e da categorização, foram previamente realizadas as transcrições das entrevistas realizadas. Para isto, este conteúdo passou por três fases: a pré-análise (levantamento inicial do material), a exploração (onde o conteúdo foi revisado com maior aprofundamento) e o tratamento (etapa de interpretações e inferências).

Para a análise posterior das categorias e sub-categorias, Kude (1997) apresenta seis orientações básicas que também procuramos contemplar: elas devem ser homogêneas (não se misturar elementos diferentes), exaustivas (precisam esgotar o conteúdo do texto transcrito), exclusivas (um mesmo conteúdo não pode pertencer a diferentes categorias), objetivas (devem levar leitores diferentes à mesma dedução), e pertinentes (obedecer aos objetivos da pesquisa).

## **Resultados**

As tabelas a seguir descrevem as categorias levantadas, onde são apresentadas as sub-categorias. Optamos por utilizar porcentagens apenas a título meramente ilustrativo, sem enquadrá-las em qualquer paradigma quantitativo tampouco sem a intenção efetuar generalizações. Para a caracterização dos participantes, optamos pela utilização de pseudônimos femininos, cada um deles iniciando com as letras “a”, “b”, “c” e “d”.

Nota: a sigla SR significa “sem registro”, ou seja, indica que a sub-categoria não foi verificada no grupo em questão.

Tabela I. Caracterização dos participantes da pesquisa

Grupo pré-operatório								
Pseudônimos	Adriane		Bruna		Cláudia		Denise	
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	Ensino Fundamental Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Incompleto	Ensino Médio Incompleto	Ensino Médio Incompleto	Ensino Médio Incompleto
Grupo pós-operatório								
Pseudônimos	Astrid		Bibiana		Cesira		Damara	
Escolaridade	Ensino Superior Incompleto	Ensino Superior Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Superior Completo	Ensino Superior Completo
Frequência nos grupos								
Relações de trabalho	Pré-operatório				Pós-operatório			
Possui emprego fixo	50%				75%			
Aceitação e respeito no ambiente de trabalho	25%				25%			

Tabela II. Principais estratégias de coping nos períodos pré e pós-cirúrgico

Sub-categorias	Frequência nos grupos	
	Pré-operatório	Pós-operatório
Buscou ativamente meios de realizar a cirurgia	100%	100%
Contém a sua reação e/ou releva frente a situação vivenciada	75%	50%
Demonstra indiferença	75%	25%
Percebe que possui inimigos	75%	25%
Revida frente a afrontas	75%	25%
Procura evitar situações adversas	50%	50%
Não sabe se possui inimigos	50%	25%
Revolta-se ou magoa-se sem reagir	50%	SR
Escolhe bastante com quem se relacionar	25%	25%

As tabelas que seguem representam a rede de apoio social nos períodos pré e pós-cirúrgico. Para facilitar o entendimento e simplificar a visualização, os conteúdos foram subdivididos em diferentes categorias, cada qual com a sua tabela.

Tabela III. Papel da família nos períodos pré e pós-cirúrgico

Sub-categorias	Frequência nos grupos	
	Pré-operatório	Pós-operatório
Visita a membros da família	100%	100%
Relação familiar satisfatória no momento	50%	75%
Pode contar com a família	50%	75%
Aceitação atual da condição de transexual pela família	75%	50%
Relação mais próxima com a figura materna	25%	75%
Relação mais próxima com a figura paterna	75%	25%

Tabela IV. Papel das amigas nos períodos pré e pós-cirúrgico

Sub-categorias	Frequência nos grupos	
	Pré-operatório	Pós-operatório
Pode contar com amigos(as)	50%	100%
Encontra-se regularmente com amigos(as)	50%	25%
Visita a amigos(as)	25%	50%
Poucos amigos(as)	25%	25%

Tabela V. Papel do companheiro estável nos períodos pré e pós-cirúrgico

Sub-categorias	Frequência nos grupos	
	Pré-operatório	Pós-operatório
Não possui companheiro estável	75%	50%
Possui companheiro estável	25%	50%

Tabela VI. Papel do lazer nos períodos pré e pós-cirúrgico

Sub-categorias	Frequência nos grupos	
	Pré-operatório	Pós-operatório
Prefere já sair acompanhado	75%	75%

Encontra-se com pessoas significativas quando busca lazer	75%	75%
Prefere o lazer em locais pagos	50%	75%
Prefere o lazer em locais públicos	75%	25%
Nunca ou dificilmente frequenta locais de lazer	50%	SR

Tabela VII. Papel dos vizinhos nos períodos pré e pós-cirúrgico

Sub-categorias	Frequência nos grupos	
	Pré-operatório	Pós-operatório
Relação satisfatória com vizinhos no momento	75%	100%
Já foi discriminado e/ou brigou com vizinhos	25%	50%

Tabela VIII. Outros contatos formais na rede de apoio social

Sub-categorias	Frequência nos grupos	
	Pré-operatório	Pós-operatório
PROTIG ou SUS como fontes de apoio	50%	75%
Busca de apoio na religião	25%	25%
Ambiente e comunidade como fonte de apoio	SR	25%

Nesta tabela foram incluídas as sub-categorias relacionadas a outros contatos formais que não foram listados anteriormente, buscando, juntamente com as tabelas III a VIII, caracterizar a rede de apoio social.

Tabela IX. Representação da vulvoplastia para os dois grupos contrastantes

Sub-categorias	Frequência nos grupos	
	Pré-operatório	Pós-operatório
Representa uma definição para a vida	75%	25%
Representa segurança	SR	75%

## Discussão

### A Rede de Apoio Social

O papel inexorável da rede de apoio social no presente estudo nos faz referi-la primeiramente nesta etapa de discussão e integração dos dados. A mesma é caracterizada pela literatura como um conjunto de relações espontâneas e/ou necessárias que o sujeito estabeleça com pessoas ou instituições disponíveis em seu ambiente, a fim de lhe prover apoio emocional, instrumental e de informações. Poderão estas relações ser oriundas do meio familiar, de amizades, de instituições, de vizinhos e de colegas - tendo um papel fundamental de oferecer proteção e suporte afetivo (Dell'Aglio e Hutz, 2000; Nunes, 2000).

Agregamos a estas informações também as postulações da abordagem ecológica do desenvolvimento humano, além de construtos da psicologia social. A integração destas concepções dariam conta de uma relação que iria além do cunho inter-indivíduos, procurando também propor uma visão que compreenda os tipos de interação que os mesmos tenham com o seu meio-ambiente e vice-versa. O conceito de ambiente ecológico, por sua vez, abarca a concepção de que nele exista uma série de estruturas encaixadas, uma dentro da outra, porém sempre interdependentes. (Ambiente, 2002; Arendt, 1998; Bronfenbrenner, 1996, 2004).

Pudemos verificar que todos os participantes deste estudo relataram visitar os membros da família, indicando relativa proximidade com a mesma, tanto antes quanto após a cirurgia. Sluzki (1998) aponta a família como o mais íntimo nível de interação como integrante daquilo que denominou como quadrantes da rede, fundamental para o bem-estar e a sensação de segurança dos indivíduos. Neste quadrante também estão incluídas as relações de amizade, também identificada nas entrevistas realizadas. Quando “Damara” (grupo pós-operatório) relata “... acho que a minha relação com a minha família, ela era ótima e foi, assim, essencial pra que eu me tornasse a pessoa que eu sou hoje” (sic), demonstra como é percebida e qualificada a proximidade com a família.

No entanto, na seqüência deste mesmo relato, “Damara” complementa: “Eu acho, assim, que a família é a base de tudo, né. Os meus pais, eles aceit... eles entendiam muito bem o meu problema” (sic). Nesta descrição pode perceber-se, sutilmente, indicativos de uma natureza por vezes ambígua presente na relação familiar - na qual convivência não configura, necessariamente, em aceitação. Aliás quanto à questão da aceitação familiar, o grupo pré-operatório demonstrou mais referências (75%) comparadas ao grupo dos já operados (50%).

Uma natureza por vezes paradoxal da família diante das questões pertinentes à identificação de gênero foi comentada por Mattison e McWhirter (1995), ao referirem reações parentais que iriam desde um grande impacto inicial até uma completa negação da condição transexual do filho. Assim, o índice superior de aceitação familiar, no grupo ainda não operado, nos faz inferir que a família dos mesmos perceberia uma possibilidade de “mudança de planos” na decisão de realizar a cirurgia. Isto, assim, poderia influenciar em uma demonstração de maior flexibilidade, empatia e aceitação quanto ao ente transexual.

Complementando estas informações, metade do grupo pré-cirúrgico (50%) afirma que a relação familiar está satisfatória no presente momento (comparados aos 75% observados no grupo pós-operatório). Podemos entender este processo como indicador de um reconhecimento familiar a respeito da condição transexual do filho. No relato de “Bruna” (ainda aguardando a cirurgia), esta situação pode ser percebida: “Eu moro no pátio, e é da minha mãe, né, mas ela não mora comigo. Eles lá no canto deles, né, e eu no meu canto. É aquela coisa assim: é eu no

meu canto, sabe, e eles no canto deles. (...) Porque junto, junto, não dá, a gente agora não se fecha, não se cola, por isso. E assim, longe, a gente se dá hiper bem, sabe, ela no canto dela e eu no meu canto” (sic).

Verificamos que metade dos indivíduos não operados e a maioria dos já operados podem contar com as suas famílias, podendo perceber o quanto este apoio se faz presente nos grupos. Com uma representação de 50% para o grupo pré-operatório e de 75% para o grupo pós-operatório, esta categoria reforça a idéia de que, após a cirurgia, existe uma admissão da condição transexual por parte da família, em um caráter mais definitivo, devido ao fato da cirurgia já ter sido realizada. Isto vem ao encontro das colocações de Marques (1996), os quais reforçam a identificação de um sentimento de aceitação como fundamental para o bem-estar individual, influenciando diretamente na percepção da qualidade de vida.

Quanto à percepção de um relacionamento mais próximo com a figura materna, os resultados apontam que isto se verifica mais no grupo daqueles que já estão operados (75%, em comparação aos restantes 25% do grupo pré-operatório). Apesar de diversos autores, especialmente no campo psicanalítico (Camarotti, 2000; McDougall, 1991; Nogueira, 1983; Silveira, 1995; Soroka, 1998; Stoller, 1982, 1993; Waldemar, 1980), apontarem que um dos fundamentos psicológicos da transexualidade estaria no relacionamento simbiótico com a figura materna - frente, concomitantemente, a uma figura paterna diminuída e/ou impotente - preferimos não nos apropriar destas perspectivas já que este não é o propósito do trabalho.

Mantendo-se no escopo na rede de apoio social, verificamos que 75% dos sujeitos do grupo pré-operatório não possuem companheiro estável, seguidos da frequência de 50% nesta mesma questão para o grupo pós-operatório. Estas constatações nos fazem inferir que, após a cirurgia, os indivíduos sentiriam-se mais livres para buscar relacionamentos duradouros. Isto é demonstrado no relato de “Damara” (pós-cirúrgico): “Eu, hoje, eu, eu... posso ter um relacionamento... completo, coisa que antes eu não tinha, e inclusive eu tinha muito medo de iniciar relacionamentos” (sic). Bebbington, Brugha, MacCarthy e Sturt (1990) sugerem que a busca pela resolução de conflitos pode influenciar o indivíduo na procura por contatos afetivos, justamente por este processo estar correlacionado a questões ligadas à auto-estima e à auto-confiança.

Quanto ao lazer, 75% dos sujeitos, em ambos os grupos, afirmaram preferir sair já acompanhados para atividades de lazer, e que costumam encontrar-se com pessoas significativas quando procuram alguma atividade desta natureza. Nestes dados, surge uma suposta necessidade de manutenção dos contatos sociais, buscando em seus grupos de convívio o suporte e acolhimento necessários (Moreno, 1993). Este aspecto é demonstrado na fala de “Cesira”, já operado: “Mesmo que eu não quisesse encontrar, eu encontraria sempre pessoas conhecidas, né. E às vezes até a gente fica... o pessoal junta os grupos, né, e fica todo mundo junto e tal” (sic). Também pode-se perceber, no relato de “Cláudia” (participante não operado), certa dificuldade de incluir-se em um grupo de pessoas em condição semelhante à sua, referindo a transexualidade como um problema: “Normalmente, assim, não são pessoas com o mesmo problema que eu... Porque eu não tenho vínculo com pessoas com o mesmo problema... uma ou duas, assim, que eu conheço e tenho mais um contato... mais de sair é difícil. Eu sempre saio com pessoas que já nasceram heterossexuais, até para não ficar rotulada” (sic).

Outro dado diz respeito à maioria dos transexuais já operados (75%) preferirem frequentar locais pagos, buscando uma maior privacidade. Em contrapartida, aqueles que ainda não realizaram a cirurgia têm preferência por locais públicos, onde estariam mais expostos, numa igual proporção de 75%, sugerindo esta suposta maior necessidade de exposição como parte do processo de troca do sexo anatômico. Assim, tais participantes atribuiriam a este contato uma função de reafirmação do processo de “transformação”, ao encontro do que Dor (1996) refere acerca da cirurgia: “... a mudança efetua-se simultaneamente no âmbito imaginário

e no da realidade. De algum modo, a operação encontra sua saída quando a realidade aparece conforme o imaginário” (p. 101).

Metade dos participantes pré-operatórios não está exercendo atividade remunerada, em comparação aos 75% de sujeitos empregados no grupo pós-cirúrgico. Apesar destes dados, apenas 25% dos participantes que estão empregados (em ambos os grupos) afirmam perceber claramente aceitação e respeito de sua condição no ambiente de trabalho, indicando a presença de preconceito mesmo após a cirurgia. Oei e Zwart (1990) fazem referência à necessidade de que a aceitação do meio precisa ser demonstrada, e esta demonstração deve ser percebida pelos sujeitos. Não bastaria, portanto, somente estar empregado para sentir-se mais seguro dentro da rede de apoio social, pois é preciso que isto seja percebido como algo que presuma segurança. Um meio ambivalente, que simultaneamente permite e rechaça o convívio com membros considerados diferentes, frente aos seus valores intrínsecos, foi discutido por Brown e McGill (1989) e Sudbrack (1998).

Quanto ao relacionamento com vizinhos, 100% dos transexuais já operados referem relação satisfatória no momento. O grupo pré-operatório demonstrou índice de 75% para esta sub-categoria. Esta ligeira diferença vantagem talvez seja o reflexo de que a vulvoplastia influiria diretamente na qualidade de vida dos já operados, resultando em uma maior tranquilidade refletida nos diversos âmbitos do relacionamento social.

Finalizando, o PROTIG e/ou o Sistema Único de Saúde (SUS) foram mencionados pelos participantes como referências de suporte social: por 50% do grupo pré-operatório e por 75% do grupo pós-operatório. A religião também foi citada assumindo este papel, em uma incidência igual para ambos os grupos - 25% - porcentagem esta também referente àqueles que, já operados, mencionaram o ambiente e a comunidade como fontes de suporte. Neste contexto, Arendt (1998) enfatiza a intrínseca relação entre ambiente e comunidade, através da valorização do local onde estão inseridos os indivíduos. Assim, estes poderiam, sempre que necessário, buscar no meio externo o refúgio e a segurança que a sua individualidade não pode, isoladamente, oferecer. Quando “Cesira” (grupo pós-operatório) fala sobre a sua comunidade, ressalta bem este sentimento: “(A comunidade) é maravilhosa pra mim, sabe. (...) Me deu trabalho, me deu... é a minha vida ali, então eu acho que saindo dali eu seria uma pessoa anônima. Ali eu sou a ‘Cesira’ e deu, entende, e em outro lugar eu não teria identidade, eu não sinto mais que eu conseguiria criar o meu espaço novamente” (sic).

## **Coping**

As estratégias de coping, segundo Pereira (2001), são entendidas como a forma pela qual o indivíduo lida com situações ansiogênicas, estas influenciadas diretamente pelo produto de três elementos interligados: a ameaça (aquilo que o sujeito teme), o dano (algum prejuízo anterior causado pela situação apresentada) e o desafio (o quanto este indivíduo sente-se capaz de enfrentá-la). Constituem recursos que primam pela integridade do indivíduo, onde as reações frente a ameaças externa também dependerão de como estas serão percebidas e interpretadas por cada sujeito (Vogel, 1993). Os estudos de Clopton, Grant, Patterson e Smith (1990) demonstram bem o quão parecem indissociáveis fatores como coping e rede de apoio social, ao passo que a própria percepção da rede co-determinaria quais as estratégias a serem utilizadas.

Como foi possível observar, todos os entrevistados em ambos os grupos buscaram a cirurgia, o que poderia nos sugerir uma disponibilidade interna dos sujeitos em lançar mão de atitudes capazes de dar conta da situação apresentada (Vogel, 1993). Maldavsky (1997) refere a busca pela vulvoplastia como uma tentativa de certificação, no plano concreto, para estabelecer uma correspondência entre a identidade de gênero e o sexo anatômico. Visto que Habershaim, Mikulincer e Solomon (1990) apontam para uma relação direta entre eventos estressores que o indivíduo tenha vivenciado e as maneiras com as quais o indivíduo tentará lidar com a realidade, este manejo de enfrentamento diante de uma situação nunca antes experienciada (a cirurgia)

demonstraria a convicção em buscar uma “solução” para a situação vivenciada. “Bibiana”, do grupo pré-operatório, demonstra este sentimento quando relata: “Trabalhei minha vida inteira, juntei todas as minhas economias, e em vez de primeiro comprar a minha casa, eu economizei pra pagar a cirurgia” (sic) - mesmo sendo a cirurgia integralmente custeada pelo SUS.

Também verificamos que 75% dos participantes no grupo pré-operatório, perante situações emocionalmente mobilizadoras, tendem a conter qualquer forma de reação, a resignar-se e/ou a demonstrar indiferença. As falas dos participantes operados “Bibiana” (“Na maioria das vezes eu deixo correr. Quando a pessoa diz ‘o que o senhor deseja’ eu nem questiono”), “Damara” (“Era difícil, era bastante difícil, inclusive eu tive que aprender... meio que... na marra, assim, né, e foi realmente difícil, mas a gente sempre, é claro... às vezes se irritando, né, às vezes deixando pra lá”) e “Cesira” (“Como é que eu enfrento? Eu ignoro. Não sofro com isso, entendeu, procuro pelo menos não sofrer, né, porque eu acho que não vale a pena”) ilustram bem esta colocação. Por outro lado, verificou-se uma incidência menor destas condutas nos sujeitos do grupo pré-cirúrgico (50% para conter a reação e para resignar-se, e 25% para demonstrar indiferença).

Isto pode estar relacionado ao que Pereira (2001) denominou de avaliação secundária da realidade. Nela, o sujeito, após a avaliação primária (na qual averigua se a situação presente lhe é significativa ou ameaçadora), perceberia que a melhor atitude a tomar é, justamente, não tomar atitude alguma, pois reconheceria que não há nada a fazer frente ao contexto que lhe é apresentado. Assim, podemos inferir que transexuais não-operados fazem mais uso de comportamentos evitativos que os operados pela necessidade de, justamente, não entrar em contato com elementos da realidade que os expusessem a algum contexto discriminatório, por exemplo.

Complementando a estes apontamentos, o comportamento de simplesmente evitar situações adversas, independentemente de quais sejam, surgiu igualmente nos dois grupos (50% para cada), assim como o de escolher bastante com quem se relacionar (25% para cada). Isto nos demonstraria que, em ambas as situações (antes e após a cirurgia) os indivíduos procurariam manter certo resguardo quanto a condições que, potencialmente, lhes trariam algum transtorno no âmbito social. Este espectro ainda pode ser complementado (na frequência de 50%, somente no grupo pré-operatório) na situação de, apesar de haver um sentimento de revolta quanto a situações de opressão, evite-se o enfrentamento ativo.

Ao abordar-se manejos que iniciariam algum tipo de retaliação, uma porção maior do grupo pré-cirúrgico demonstrou revidar frente a afrontas (75% frente os 25% referentes à mesma questão no grupo pré-operatório). Além disto, também na relação de 75% para 25%, os transexuais não operados assumem uma maior percepção da existência de inimigos no seu cotidiano.

## **A Vulvoplastia**

Neste momento da pesquisa, pretendemos expor os dados encontrados que referem-se à cirurgia em si, com as representações, expectativas e mudanças que ela possa trazer a cada um dos grupos. Tomamos a vulvoplastia como o evento que assumiu um papel de corte na seleção de participantes para a formação dos grupos, uma vez que tínhamos como expectativa encontrar contrastes entre os dois grupos.

Identificamos sub-categorias que referiram-se a representações variadas para a cirurgia; entre elas, a “uma definição para a vida” foi maioria nos transexuais que ainda aguardam a intervenção (75%) em comparação aos que já estão operados (25%). Isto nos faz pensar em uma idealização que se formaria em torno da cirurgia.

O grupo pós-cirúrgico preferiu a representação de “segurança”, por maioria (75%). Ao retomarmos o significado da cirurgia, anteriormente discorrido, reportamo-nos ao fato desta mostrar-se um recurso resiliente frente a uma realidade a ser modificada externamente em função do desacordo com a realidade interna - a sua identidade de gênero (Bleichmar, 1998; Stoller, 1993; Maldavsky, 1997). Tendo conhecimento de que a vulvoplastia demonstra grande êxito em termos de incremento à qualidade de vida para os transexuais (Koff, 2000), também podemos perceber que a cirurgia, de fato, poderia levá-los a sentimentos mais consistentes de segurança e de auto-aceitação (Barret, 1998; Lawrence, 2002).

Outra sub-categoria, denominada “representa um ‘renascimento’”, foi encontrada em 25% no grupo pré-operatório e em 50% no grupo pós-operatório, e reforçaria algumas suposições relacionadas à idealização da cirurgia. Isto pode ser verificado na fala dos participantes operados “Bibiana” (“Pra mim representou uma liberdade... uma vida nova. Eu passei a viver a partir da cirurgia. Pra mim, eu estou com 3 meses de vida, maravilhosos.”) ou “Damara” (“Pra mim foi ótimo. Eu acho que eu renasci, depois da cirurgia”). Outro exemplo pode ser encontrado na entrevista de “Bibiana” (grupo pós-operatório): “O que mudou é que agora realmente eu posso bater no peito e dizer ‘eu sou uma mulher’, que eu não tenho nada que, nada mais que uma mulher não tem” (sic).

Concluindo, devemos dizer que é improvável, mesmo que visando uma descrição puramente didática, separar fenomenologicamente o que estaria circunscrito à rede de apoio social (seja ela em um sentido mais amplo ou mais nuclear) ou ao próprio indivíduo com relação à transexualidade. Retomando Markovski (1996), concordamos que a melhor compreensão do fenômeno deveria passar por um enfoque multifatorial, o qual permitisse, no mesmo processo de investigação e intervenção de complexidade, poder vislumbrar o todo nas suas partes e as partes no seu todo.

## **Considerações Finais**

Este estudo buscou iluminar algumas das inúmeras nuances no universo da transexualidade, procurando muito mais prestar-se a originar novos questionamentos do que a simplesmente fornecer respostas ao tema.

Quanto às nossas questões norteadoras, pudemos chegar a algumas inferências que nos pareceram relevantes. Primeiramente, os tipos de estratégias de coping revelaram-se bastante análogos nos dois grupos, porém manejos voltados à evitação demonstraram uma tendência a apresentarem-se de forma mais recorrente no grupo pré-operatório. Isto nos faz presumir que este grupo abster-se-ia mais de contatos com a realidade pelo fato de que, sendo ela fonte potencial de rechaço e/ou discriminação, poderia assim trazer desconfortos. Desta forma, atendendo a outro de nossos questionamentos iniciais, esta seria a relação que nos pareceu haver entre as estratégias de coping adotadas e o evento da cirurgia per se.

Por outro lado, a percepção e o contato com a rede de apoio social também foram menores no grupo pré-cirúrgico, influenciando uma maior reclusão, o que parece-nos estar relacionado às supracitadas características evitativas deste grupo.

Por fim, pensando-se em sugestões que viessem a complementar o presente estudo, acreditamos que um trabalho com estudos de casos múltiplos, por exemplo, certamente traria dados mais abrangentes e consistentes acerca da historiografia e até da personalidade dos participantes, apropriadamente ampliando ainda mais o escopo de análise do fenômeno.

Desta forma, baseando-se na relevância do tema como objeto de produção e investigação científica por parte da psicologia, finalizamos nosso texto entendendo que a experiência vivenciada atestou o quanto a área mostra-se propícia à sua atuação e apropriação.

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: Texto Revisado. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 328 p.

ARENDET, R. J. Psicologia social, comunidade e contemporaneidade. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 135-145, 1998.

ATHAYDE, A. V. (2001). Transexualismo masculino. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 407-414, 2001.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2002. 232 p.

BARRET, J. Psychological and social function before and after phalloplasty. The International Journal of Transgenderism, v. 2, n. 1, p. 101-115, 1998.

BEBBINGTON, P.; BRUGHA, T.; MacCARTHY, B.; STURT, E. The relation between life events and social support networks in a clinically depressed cohort. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, Inglaterra, v. 25, n. 6, p. 308-313, 1990.

BLEICHMAR, E. D. O feminismo espontâneo da histeria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 206 p.

BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 267 p.

\_\_\_\_\_. Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development (The SAGE Program on Applied Developmental Science). Thousand Oaks (California): Sage Publications Inc., 2004. 336 p.

BROWN, J. D.; MCGILL, K. L. The cost of good fortune when positive life events produce negative health consequences. Journal of Personality and Social Psychology, Washington, v. 57, n. 6, p. 1103-1110, 1989.

CAMAROTTI, M. C. A “loucura” das mães: Do desejo à realidade do filho. In Rohenkohl, C. F., A clínica com o bebê. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 193 p.

CIRURGIA é motivo de divergência. Correio Braziliense, p. 02, 14 jun. 2001.

CLOPTON, P.; GRANT, I.; PATTERSON, T.; SMITH, L. et al. Internal versus external determinants of coping responses to stressful life-events in the elderly. British Journal of Medical Psychology, Inglaterra, v. 63, n. 2, p. 149-160, 1990.

DELL'AGLIO, D.; HUTZ, C. Eventos de vida de crianças e adolescentes institucionalizados. Aletheia, n. 12. Canoas, p. 7-20, jul./dez. 2000.

DOR, J. Clínica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 145 p.

FERREIRA, B. W. Análise de Conteúdo. Aletheia n. 11, p. 13-20, jan./jun. 2000.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

HABERSHAIM, N.; MIKULINCER, M.; SOLOMON, Z. Life events, coping strategies, social resources and somatic complaints among stress reaction causalities. British Journal of Medical Psychology, Inglaterra, v. 63, n. 2, p. 137-148, 1990.

KOFF, W. J. (2000). Aspectos cirúrgicos da transexualidade. In: 3ª Jornada Gaúcha de Sexualidade Humana e 3º Seminário Sul-brasileiro de Sexualidade Humana. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2000. p. 11.

KUDE, V. M. Como se faz a análise de dados na pesquisa qualitativa em psicologia. *Psico*, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 183-202, 1997.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2003. 311 p.

LAWRENCE, A. Transsexual surgery: its pros and its cons. Disponível em: <www.annelawrence.com>. Acesso em: 30/05/2002.

MALDAVSKY, D. Teoría y clínica del transexualismo. *Arquivos de Psiquiatria, Psicoterapia e Psicanálise*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 91-105, 1997.

MARQUES, L. F. Qualidade de vida, uma aproximação conceitual. *Psico*, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 59-62, 1996.

MATTISON, A.; McWHIRTER, D. Lesbians, gay men, and their families: some therapeutic issues. *Clinical Sexuality*, San Diego, v. 18, n. 1, p. 25- 37, 1995.

MARKOVSKI, B. Theory, science, and “micro-macro” bridges in structural social psychology. *Current Research in Social Psychology*, Iowa, v. 1, n. 4, p. 30-42, 1996.

McDOUGALL, J. Fórum de debate: Entrevista com a Dra. Joyce McDougall. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 195-202, 1991.

NOGUEIRA, J. A. A homossexualidade como defesa contra a ansiedade paranóide. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 204-206, 1983.

NUNES, C. R. Redes sociais e afetivas de um grupo de mães de crianças com risco nutricional. Monografia (Especialização em Processos Grupais e Saúde Mental Coletiva) - Faculdade de Psicologia, ULBRA, Canoas, 2000.

OEI, T. I.; ZWART, F. M. The role and development of some methodological questions in life event, social support and depression research. *Stress Medicine*, v. 6, n.2, p. 127-132, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de Internacional das Doenças. 10 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351 p.

PEREIRA, A. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In Tavares, J. (org.). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001. 142 p.

SCARPARO, H. Psicologia e pesquisa: Perspectivas metodológicas. Porto Alegre: Sulina, 2000. 136 p.

SILVEIRA, M. P. Desvio sexual na infância: A propósito de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 46-51, 1995.

SLUZKI, C. A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 145 p.

SOROKA, P. O bebê “não-nascido”: Implicações dos processos simbióticos na estruturação da identidade de gênero no menino. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 24-34, 1998.

STOLLER, R. J. A experiência transexual. Rio de Janeiro: Imago, 1982. 312 p.

\_\_\_\_\_. Masculinidade e feminilidade: Apresentações do gênero. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 284 p.

SUDBRACK, F. O. Integrando psicologia social e da personalidade: Reflexões a partir do paradigma eco-sistêmico e da epistemologia da complexidade. *Psico*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 49-67, 1992.

VOGEL, W. H. Estresse, estressores e conseqüências para a saúde. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 97-103, 1993.

WALDEMAR, J. O. Transexualidade ou o desejo de trocar de sexo: Revisão bibliográfica e estudo de um caso. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 165-174, 1980.