

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Leticia Silva Holderbaun

**CONSONÂNCIAS E DISSONÂNCIAS DA CISNORMATIVIDADE: PROVOCAÇÕES
PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE**

Santa Cruz do Sul

2024

Leticia Silva Holderbaun

**CONSONÂNCIAS E DISSONÂNCIAS DA CISNORMATIVIDADE: PROVOCAÇÕES
PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof. Dr.^a Betina Hillesheim

Santa Cruz do Sul

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Holderbaun, Leticia Silva

Consonâncias e dissonâncias da cisnormatividade : provocações para a formação em saúde / Leticia Silva Holderbaun. - 2024.
114 f. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Santa Cruz do Sul, 2024.

Orientação: Profa. Dra. Betina Hillesheim.

1. Formação em Saúde. 2. Práticas de Saúde. 3. Transgeneridades. 4. Travestilidades. 5. Transexualidades. I. Hillesheim, Betina. II. Título.

Leticia Silva Holderbaun

**CONSONÂNCIAS E DISSONÂNCIAS DA CISNORMATIVIDADE: PROVOCAÇÕES
PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Dra. Betina Hillesheim
Professora orientadora – UNISC

Dr. Camilo Darsie de Souza
Professor avaliador – UNISC

Dra. Paula Sandrine Machado
Professora avaliadora – UFRGS

Dr. Moises Romanini
Professor avaliador – UFRGS

Santa Cruz do Sul

2024

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Betina Hillesheim, pelos anos de trabalho juntas, por tudo aquilo que me ensinou, por ter apostado em mim como pesquisadora; pela afetuosidade, compreensão e generosidade ímpares em cada passo da trajetória.

Ao grupo de pesquisa Políticas Públicas, Inclusão e Produção de Sujeitos, que trouxe sentidos vivificantes à minha formação.

Às professoras, aos professores, às/aos/a les colegas do mestrado/doutorado, à Mariele e à Daiane, por tornarem casa o PPGEduc.

À CAPES, pelo apoio financeiro, que possibilitou esta pesquisa.

Ao professor Camilo Darsie de Souza, pelas conversas-orientação, pelas contribuições, pelas parcerias, por sua generosidade e presença luminosas.

À professora Paula Sandrine Machado e ao professor Moises Romanini, por suas contribuições fundamentais para esta pesquisa.

À professora Letícia Lorenzoni Lasta, pela parceria em escritas conjuntas e pela delicadeza e sabedoria de sua escuta em nossas conversas sobre o pesquisar.

Ao meu pai, Beto, e à minha mãe, Any, pelo apoio incondicional, pela torcida e pelo amor.

À Giulia e ao Leonardo, que dão o significado e o tom da palavra "amizade", pela partilha de todas as angústias e de todas as alegrias, por me impulsionarem sempre que me falta coragem.

À Letícia Aline, à Caroline, à Luísa e à Sandra, amigas queridas e colegas do grupo de pesquisa, pelas parcerias, pelo apoio e pelos saberes compartilhados.

À amiga Maria Luiza, pelos momentos de fortalecimento e de apoio mútuo ao conversarmos sobre nossas pesquisas, pela escuta entusiasmada e sempre pronta a sugerir caminhos.

À equipe do AMBITRANS, pela soma de forças e por terem acolhido e valorizado a minha pesquisa.

A todas/es/os as/os/les profissionais de saúde e de educação e estudantes que estiveram conosco, que acolheram as discussões que propusemos e que compartilharam conosco o seu conhecimento.

Às professoras, aos professores e às/aes/aos estudantes de graduação que gentilmente ofereceram espaço à minha pesquisa e ao AMBITRANS.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo discutir de que maneiras o encontro entre as práticas de saúde e as transexualidades, travestilidades e transgeneridades interpelam a formação nas áreas da saúde, levando em consideração a matriz de inteligibilidade dos gêneros e a produção da categoria "humano" nesses termos, os quais co-produzem e são co-produzidos pelos saberes médicos-psi. Situa-se, assim, num paradoxal cruzamento entre visibilidade e invisibilidade. Por um lado, identificam-se lacunas, nos processos de formação em saúde, em relação às temáticas de gênero e sexualidade, à saúde de pessoas trans e travestis e à produção de saberes dessas pessoas. No entanto, se há, de um lado, a invisibilidade ou a negação do estatuto de sujeitos de direitos às pessoas trans e travestis, isso não se deve a um "esquecimento" sobre sua existência no campo da saúde. Tratam-se de sujeitas/es/os hipervisíveis na medida em que reguladas/es/os e normalizadas/es/os pelos saberes médicos-psi, tendo a cisgeneridade como ponto de referência que sustenta concepções patológicas e categorias nosológicas em torno das identidades trans e travestis. Ainda que tais campos do saber não possuam uma única base epistemológica, eles estão inextricavelmente conectados pela suposição de universalidade do sujeito cis-heterossexual. Esta pesquisa assumiu a cartografia deleuze-guattariana como ferramenta teórico-metodológica. Nessa direção, o campo foi articulado nos movimentos do AMBITRANS (Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da População LGBTTQIA+), projeto de extensão da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). No acompanhamento dos processos do ambulatório, foram cartografadas as questões que interpelam a formação no campo da saúde, em articulação com seus saberes e práticas, no que diz respeito às travestilidades, transexualidades e transgeneridades. Em relação às práticas de saúde discutidas, há diferentes modos pelos quais elas se ancoram na cisonormatividade, sem que estejam explicitamente vinculados a classificações nosológicas. Um fio comum que as interliga e as torna consonantes é a atribuição de uma temporalidade marcada pela convergência entre identidade e expressão de gênero em um desdobramento linear. Por outro lado, movimentos esparsos de dissonância fazem resistência ao tutelamento das pessoas trans e travestis pela esfera médica-psi.

Palavras-chave: Formação em Saúde. Práticas de Saúde. Transgeneridades. Travestilidades. Transexualidades.

ABSTRACT

This dissertation aims to discuss how the encounter between health practices and transexualities, travestilities and transgenderities raises questions for training in the field of health, taking into account the matrix of intelligibility of genders and the production of the category of the "human" in such terms, which co-produce and are co-produced by medical-psi knowledge. It is thus located at a paradoxical intersection between visibility and invisibility. On the one hand, gaps are identified in health training processes in relation to gender and sexuality as subjects, the health of travestis and trans people, as well as these persons' knowledge production. That being said, if there is, on the one hand, invisibility or denial of the status of subjects of rights to travestis and trans people, this is not due to the health field "forgetting" they exist. These are hypervisible bodies to the extent that they are regulated and normalized by medical-psi knowledge, while cisgenderity acts as a point of reference that supports pathological conceptions and nosological categories around travesti and trans identities. Although such fields of knowledge don't have a unified epistemological basis, they are inextricably connected by the assumption of universality of the cis-heterosexual subject. This research adopted Deleuze-Guattarian cartography as a theoretical-methodological tool. In this direction, the field was articulated through the movements of AMBITRANS (Multiprofessional Health Attention Center for the LGBTTQIA+ Population), an extension project at the University of Santa Cruz do Sul (UNISC). This cartography followed issues that are relevant for health training, in relation to this field's practices and knowledge regarding travestilities, transexualities and transgenderities. As for the health practices discussed in this dissertation, they are anchored in cisnormativity in different ways, without being explicitly linked to nosological classifications. A common thread that links them and makes them consonant is the attribution of a temporality marked by the convergence between gender identity and expression in a linear development. On the other hand, there are sparse movements of dissonance that create resistance against the tutelage of trans people and travestis by the medical-psi domain.

Keywords: Health Training. Health Practices. Transgenderities. Travestilities. Transexualities.

SUMÁRIO

1	Introdução	8
2	Entrada no campo: o Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da População LGBTTQIA+	16
2.1	Modos de caminhar no território	18
3.	Cisnormatividade: matriz da humanidade, gramática do saber	26
3.1	Nem um, nem dois: o sexo como objeto múltiplo	29
3.2	Negociando a humanidade	35
3.3	(Cis)normatividades trans: o gênero como diagnóstico	42
4.	Consonâncias e dissonâncias	54
4.1	Precisamos perguntar tanto?	55
4.2	Falar retroativamente	59
4.3	Certeza, estabilidade e o tempo da clínica	64
4.4	Sufrimento como evidência do gênero	69
4.5	Irreversibilidade e seus riscos: o que há de ser preservado?	73
4.6	Precisamos de provas da identidade?	79
4.7	Silêncios	82
5	Diversidade e diferença na formação em saúde: para além da celebração	87
6.	Quem pode subverter as normas de gênero?: últimas provocações	100
	REFERÊNCIAS	107

1 Introdução

A *visibilização* tem sido um objetivo mobilizado pelas políticas de diretrizes do campo da saúde para atuar com a população LGBTQIA+¹. Promover a visibilidade de populações invisíveis e de suas especificidades de saúde; combater a invisibilidade. São orientações que aparecem na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013a), também conhecida como PNSI LGBT. Recentemente, a publicação do manual “*Referências Técnicas para atuação profissional em políticas públicas para a população LGBTQIA+*” (CFP, 2023), do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), reforça esses objetivos. Há, no entanto, um paradoxo quando falamos em visibilidades e invisibilidades. Desde pelo menos o início do século XX, a transexualidade² tem se tornado paulatinamente visível como um *problema clínico* (Latham, 2017), especialmente da medicina (sobretudo a psiquiatria e a endocrinologia), bem como da psicologia e da psicanálise (Bento, 2014, 2017; Butler, 2009; Bento, Pelúcio, 2012; Leite, 2015; Mack, 2015; Favero, Souza, 2019; Santos *et al.*, 2019; Preciado, 2020; Dominic, 2021; Giroto, 2021; Rodrigues; Carneiro; Nogueira, 2021; Favero, 2020a, 2020b, 2022, Santos, 2022).

Talvez possamos pensar na *invisibilidade* de pessoas trans e travestis como *sujeitos de direitos*. Cabe perguntar, nesse caso: trata-se de invisibilidade ou de negação e recusa? Se as demandas dos ativismos trans são postas à mesa, há escolhas implicadas em “não ver”. Os clamores por direitos são públicos e a abjeção (Butler, 1990; Rodrigues; Gruman, 2021) também o é. Mais do que pública: o sofrimento de pessoas trans e travestis tem sido cotidianamente espetacularizado e explorado por movimentos reacionários e ultraconservadores que se ocupam de combater a chamada “ideologia de gênero” – um debate que se popularizou na esfera educacional, mas que tomou dimensões mais amplas (Junqueira, 2018)

Diante disso, o que significa, então, ser invisível? A invisibilidade (ou a negação) do estatuto de sujeitos de direitos a um grupo social é o mesmo que ser invisível para o campo da saúde? A invenção da categoria “transexualidade” como um problema clínico (e, posteriormente, um diagnóstico), bem como a normalização de outras identidades trans e

¹ Opto pela sigla LGBTQIA+ ao longo do texto. Nas ocasiões em que uso outra versão, faço-o em referência ao modo como foi utilizada na obra citada.

² Quando uso o termo “transexualidade” isoladamente, me refiro à categoria produzida pelos saberes médicos-psi como patologia. No entanto, quando uso os termos “transexualidades, transgeneridades e travestilidades” lado a lado (independentemente da ordem), a intenção é apontar para a multiplicidade de identidades e modos de existir trans (os quais reconhecem não se esgotarem nessas possibilidades).

travestis ao modelo nosológico, mostra que não. A pesquisadora viviane v.³ (2015) discute amplamente o conceito de cisgeneridade. Uma concepção individualizante e recorrente a estabelece como meramente uma experiência subjetiva de pertencimento ao "sexo biológico". Nessa acepção, a cisgeneridade seria não mais do que uma identidade individual, o avesso da transgeneridade – também entendida como mera identificação. Em contrapartida, a autora propõe o conceito de *cisnormatividade*, que nomeia uma forma de poder que faz a posição cisgênera *funcionar como* natural, universal e definidora por excelência, da categoria “humano”. Em paralelo, as identidades trans e travestis não são, aqui, apenas uma identificação pessoal, mas têm a potência transgressora e transformadora de desestabilizar a cisgeneridade como realidade ontológica e fundacional do humano.

Aqui, há outro sentido para a invisibilidade. Nas linhas de Tomaz Tadeu da Silva (2014), entende-se que a “força homogeneizadora da identidade normal é diretamente proporcional à sua invisibilidade” (p. 83). Por ser naturalizada como universal, ela não ocupa o mesmo estatuto das demais identidades. É o caso da cisgeneridade, que, ao ser nomeada como tal, sofre uma torção na sua pretensa naturalidade, uma vez que retira pessoas cis da posição de homens e mulheres “biológicos/as”. Não à toa, o uso dos termos “cis” e “cisgênero” é frequentemente causador de incômodo naqueles e naquelas que se sentem deslocados/as de sua posição universal.

Articulemos saúde e educação ao paradoxo visibilidade/invisibilidade: autorias como Machin et al. (2022) e Amaral, Ribeiro e Barros (2022) têm demonstrado que, nas formações de base dos cursos de psicologia e medicina, as discussões sobre temas relacionados aos gêneros e às sexualidades são incipientes. Isso reflete a percepção frequentemente relatada por profissionais das áreas da saúde de que há lacunas em suas habilidades técnicas e conhecimentos teóricos para atuar com a população de pessoas trans (Santos, 2012; Favero, 2022). A PNSI LGBT (Brasil, 2013a), em reconhecimento à necessidade de preencher essas lacunas, preconiza a inclusão das temáticas relacionadas à saúde da população LGBT nos processos de formação continuada e de educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por outro lado, resgatamos a objetivação das experiências de pessoas trans e travestis pelos saberes médicos-psi: esses campos efetivamente ensejaram as condições para que as

³ Em sua dissertação de mestrado, a autora informa que “viviane v.” é o seu nome social, e se posiciona afirmando a legitimidade dos nomes autodeterminados de pessoas trans e travestis. Embora não conste na ficha catalográfica, a autora assina a capa e a folha de rosto com o nome escolhido, que aparece junto ao nome civil. Sendo assim, apesar de não se adequar às normas jurídicas e ao padrão ABNT de citação e referência, opto por citá-la conforme ela assina a dissertação.

experiências trans e travestis sejam compreendidas pelas lentes da cisnormatividade. Se hoje existe um forte movimento pela despatologização das identidades trans e travestis, mobilizado pelo ativismo desses mesmo grupos, é porque a medicina e os campos psi (psiquiatria, psicologia e psicanálise) produziram categorias nosológicas e as teorias patologizantes acerca das transexualidades, das travestilidades e de outros modos ditos “atípicos” de ser trans. Esse percurso teve início há mais de um século (Mack, 2015; Dominic, 2021; Rodrigues; Carneiro; Nogueira, 2021).

Desenha-se, assim, o seguinte cenário: de um lado; a invisibilização das vivências LGBTQIA+, sobretudo de pessoas trans e travestis, nos processos de formação em saúde; de outro, a construção dos saberes médicos-psi como campos de produção e reiteração das normas de gênero e sexualidade, legitimados pelo direito ao “dizer verdadeiro” conferido pelo regime de verdades ancorado na razão científica (Foucault, 1985; Butler, 2004).

Nesse jogo de visibilidades e invisibilidades, o que nos escapa? As transgeneridades, travestilidades e transexualidades escapam aos nossos sentidos, à representação? Butler (2004) separa o representável do inteligível (e legível, vivível, viável, pensável, dizível). Representar não conduz, necessariamente, à humanização de todos os corpos. A matriz de inteligibilidade heterossexual confere legitimidade a duas possibilidades de identificação (homem e mulher) e exige, além disso, a convergência dessas categorias com o sexo biológico e o desejo (Butler, 1990). Pelas lentes desse esquema normativo, as identidades trans e travestis são representáveis como o abjeto, o menos que humano, o ininteligível.

Nesse sentido, não são elas que escapam da representação, que transitam despercebidas. Sua existência inexistente (Preciado, 2017), sua visibilidade invisível, têm lugar nos nossos olhares. O que nos escapa talvez seja o fato de as pessoas trans e travestis estarem, ainda hoje, subordinadas à tutela de práticas de saúde compulsórias, tais como a avaliação psiquiátrica para obter acesso à hormonização e a cirurgias de modificação corporal. Sob a lógica do cuidado e da benevolência (Favero, 2020a), justifica-se um controle rigoroso dos corpos de trans e travestis, sendo que outros procedimentos igualmente irreversíveis não são alvo do mesmo controle.

Discuto, nesta pesquisa, as implicações desse cenário para a formação em saúde, partindo do AMBITRANS (Ambulatório Multiprofissional de Atenção à População LGBTTQIA+) como articulador do campo. Trata-se de um projeto de extensão da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), no qual atuei, ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, na condição simultânea de pesquisadora e colaboradora das ações do projeto. Ancorada na cartografia de Deleuze e Guattari (1995) como uma ferramenta teórico-metodológica,

acompanhei os processos desse ambulatório e a sua articulação com outros serviços e profissionais e saúde em uma série de atividades, as quais discutirei no segundo capítulo. Nesse percurso, cartografei as questões que, nas práticas de saúde com pessoas trans e travestis, nos interpelam a pensar a formação nas áreas da saúde.

Embora tenha dado destaque aos saberes médicos-psi, as práticas em questão não são exclusivas desses campos de atuação. Tanto a equipe do AMBITRANS quanto as/os/les profissionais com quem dialogamos possuem formação em áreas diversas. No fazer coletivo, as concepções patologizantes sobre as travestilidades, transexualidades e transgeneridades são acionadas por profissionais de diferentes áreas. O fato de esses diferentes campos do saber compartilharem certos pressupostos epistemológicos propicia essa dispersão de práticas fundamentadas em uma visão psiquiatrizada das identidades trans e travestis.

Um dos que mais interessam para esta pesquisa é o regime do dimorfismo sexual como uma verdade pré-discursiva sobre os corpos, como uma base fixa e imutável sobre a qual se inscreveria um gênero (masculino ou feminino) como seu correlato cultural. Essa é uma noção amplamente problematizada por Butler (1990), para quem os modos de ler e classificar os corpos já estão imbuídos de uma carga generificada. Preciado (2020) segue nessa direção ao resgatar os estudos de Thomas Laqueur, Hellen King e Michele Sauer para mapear uma historicidade do modelo de dimorfismo sexual. A suposta pré-discursividade e fixidez das classificações corporais é um dos elementos que, para Viviane V. (2015) dão corpo à *cisnormatividade*. Os outros dois eixos são a binariedade (a classificação dos corpos em um modelo diádico e oposicional) e a permanência, que se aproxima daquilo que Butler (1990) chama de *matriz heterossexual de inteligibilidade*: uma gramática que torna os corpos mais ou menos legíveis de acordo com a sua adesão a uma esperada convergência entre sexo, gênero, desejo sexual e práticas sexuais. Trata-se de *permanecer* nessa linearidade.

A aparente universalidade dessa forma de classificar os corpos é tributária de um modelo ocidental e masculinista de ciência que assume a neutralidade e a objetividade total como fundamentos (Haraway, 2009). Nessa perspectiva, herdeira da filosofia cartesiana, seria possível separar o sujeito que pesquisa do objeto pesquisado e, nesse distanciamento, descobrir uma verdade inequívoca sobre ele, independentemente da posição de onde se vê. No entanto, a distribuição da legitimidade para falar com efeitos de *neutralidade* e de *universalidade* não é democrática. Pesquisadores brancos, cis, homens, heterossexuais e europeus, historicamente, têm tido o privilégio de aparentemente “não ter corpo” (o que produziria análises mais fidedignas e menos enviesadas). Não é o caso de pessoas trans, negras, gays, lésbicas, indígenas, imigrantes e/ou com outras marcas que confeririam aos seus corpos uma tendenciosidade

inescapável: o seu corpo, marcado pela não-universalidade, pelo desvio ao cânone humano, tornaria o conhecimento enviesado. Haraway (2009) não propõe a democratização da “neutralidade” na ciência, mas, ao contrário, resgata uma concepção de objetividade parcial, localizada e implicada.

Essa discussão também pode ser traçada ao que Foucault (1985) nomeou como *dispositivo da sexualidade*. A psicanálise, a psicologia e a medicina moderna estão ancoradas nessa produção de um conjunto heterogêneo de técnicas, mecanismos, procedimentos, estratégias e tecnologias que, vinculados às dinâmicas de poder e saber, são mobilizados para o controle dos corpos através do eixo regulatório da sexualidade. Trata-se de um domínio que articula uma multiplicidade de saberes, instituições e práticas sociais, além de ensejar a emergência de novos campos do saber, tais como a própria psicanálise (que postula a sexualidade como elemento fundante e estruturante da psiquê) e a sexologia. O amplo desenvolvimento de técnicas científicas na era moderna, resultado da centralidade que o humano assume como objeto de estudo, propicia essa proliferação discursiva em torno do sexo e da sexualidade.

Não se trata de afirmar que a ciência moderna contenha em si a gênese e a razão de ser desse dispositivo regulatório dos corpos, mas que ela coopta e assume para si algo que vinha sendo praticado no domínio do cristianismo. Do poder pastoral, a ciência herda e aperfeiçoa as técnicas de investigação e vigilância do pensamento. Nesse percurso histórico que parte de um regime de verdade cujas formas de veridicção estiveram calcadas no cristianismo, as práticas confessionais se constituíram como técnicas de governo de produção das almas, ocupando-se sobretudo dos pensamentos e das práticas de ordem sexual. Traduziram-se, simultaneamente, em técnica de individualização: ao confessar-se, o sujeito já não é mais parte pouco diferenciada de sua comunidade; ele passa, em vez disso, a ser produzido como indivíduo, tornando-se governável em sua suposta singularidade.

Cada vez mais penetrante na ordem do discurso e regulada pela razão científica a partir do século XVIII, a sexualidade passa a ocupar o lugar de verdade do sujeito. É ela, nesse sentido, a verdade de todos e sobre a qual se deve decifrar a verdade em cada um. Na esteira do desenvolvimento científico, tanto as ciências humanas quanto as médicas foram responsáveis por atualizar as técnicas do poder pastoral em torno da sexualidade, tornando-as cada vez mais intrincadas, eficientes e sofisticadas. Tratam-se das técnicas de biopoder: aquelas que compõem a disciplina (que agem sobre o corpo individual) e as de regulação (que exercem efeitos dispersos sobre o corpo-espécie). Historicamente, no campo da sexualidade, o eixo disciplina-biopolítica tem se ocupado de estabelecer e manter a “normalidade” sexual, ora regulando as

condutas dos indivíduos via o aparato das instituições médicas, jurídicas, psi e educacionais, ora governando os conjuntos populacionais através de políticas públicas e normatizações jurídico-legais (Ibidem, 1985).

Não entendo que a normalização das sexualidades esteja apartada das regulações dos corpos generificados, das identidades de gênero e suas possibilidades de materialização. Butler (1990) considera as instâncias de gênero, sexo e desejo interdependentes pelo esquema de inteligibilidade que pressupõe e reitera a binariedade dos corpos sexuados, bem como a presunção da heterossexualidade. Dito de outra forma, tanto o desejo responderia a um gênero quanto este gênero mesmo corresponderia ao sexo que lhe dá origem. Foucault (1985) já argumentara que a sexualidade não decorre um sexo biológico natural, estabelecido a priori e sobre o qual se inscreveriam determinadas formas de desejo sexual. Ao invés disso, o próprio dispositivo da sexualidade teria produzido a categoria “sexo” como central à identidade corporal.

Nessa esteira, viviane v. (2015) mostra que a cisnormatividade não opera isoladamente, mas se articula com o conceito – consolidado há mais tempo – de heteronormatividade. Esse último, no entanto, não dá conta, segundo a autora, de tensionar as normalizações do gênero, sobretudo quando as identidades trans e travestis entram em questão. “Abandonar” a cisgeneridade é abdicar de um corpo que “naturalmente” corresponde ao seu gênero. A crescente visibilização das transgeneridades, travestilidades e trassexualidades (frequentemente violenta contra essas mesmas pessoas) tem sido acompanhada por um deslocamento da homossexualidade como “identificação paradigmática do abjeto” (Rodrigues; Gusman, 2021, p. 78), dando lugar a posições ainda menos legíveis, como aquelas de pessoas não-binárias, transgêneras, intersexo e assexuais.

Em nada isso surpreende se recordarmos da retirada, em 1990, do diagnóstico de “homossexualismo” da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição). Em contrapartida, é apenas na 11ª Edição da CID, em vigor desde janeiro de 2022⁴, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) retira os chamados “transtornos da identidade sexual” da categoria de transtornos mentais. Permanece, contudo, a classificação “incongruência de gênero” (grifo meu) na categoria “condições relacionadas à saúde sexual”. Incongruência,

⁴ Na seção 3.3, discutirei o processo de atualização da Classificação Internacional de Doenças (CID), cuja décima-primeira edição está vigente desde 2022, substituindo a antiga CID-10, publicada em 1990. Entretanto, ao longo do texto, farei referência à edição antiga, devido à sua centralidade nos processos de regulação ao acesso de pessoas trans e travestis a procedimentos hormonais e/ou cirúrgicos. A CID-10 ainda aparece como referência na Portaria nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde, que reinstalou o Processo Transexualizador e regula o acesso a tais procedimentos via SUS.

incoerência, divergência... São termos que nos remetem às concepções normalizadoras que lhes dão âncora. Do lado de uma normalidade esperada, seus antônimos: congruência, coerência e convergência entre anatomia, desejo e gênero. É precisamente com essa função normalizadora – e produzida como verdade – que nós somos convocadas/es/os a responder, como se fôssemos veículos do “dizer verdadeiro” das profissões da saúde.

Os diagnósticos se abrandam lenta e paulatinamente. Despatologizar envolve mais do que retirá-los dos manuais e mais do que suavizar a sua linguagem (Favero; Souza, 2019). Trata-se de um exercício permanente. Butler (1990) mostra que a matriz heterossexual de inteligibilidade é essencialmente instável. Sua aparente estabilidade não resiste ao curso da história, que embala os atos performativos contínuos, as corporificações do gênero nos movimentos e nas ações cotidianas – ao mesmo tempo autorais e sem autoria. Esse processo produz descontinuidades a cada reiteração. Cada ato, cada reinscrição do gênero no corpo faz referência a todos os atos anteriores, mas não é idêntica a eles. Há sempre uma quebra, uma novidade, uma diferença que vai inscrevendo rachaduras na matéria da norma. Esta última também se atualiza permanentemente, mesmo que a passos lentos e lânguidos.

Essas quebras e descontinuidades não se resumem às performatividades de gênero. Quando balançamos os esquemas normativos de inteligibilidade num movimento de contínuas torções nos saberes, é possível inscrever traços de novidade em suas rachaduras. Assim, o objetivo principal que move esta dissertação é *discutir, diante dos esquemas normativos de inteligibilidade do gênero e de produção do humano – os quais produzem e são produzidos pelos campos médico-psi – de que formas o encontro entre as práticas de saúde e as transgeneridades interpelam a formação nas áreas da saúde.*

Para finalizar esta apresentação, descrevo, no capítulo a seguir, o AMBITRANS e como se deu minha aproximação com o projeto, além de discutir os passos da pesquisa. No capítulo três, trago um delineamento teórico sobre problemáticas fundamentais para contextualizar as análises subsequentes. Em um primeiro momento, abordo a noção de cisgeneridade como uma norma, a partir das teorizações de viviane v. (2015). Em seguida, por se tratar de um dos elementos centrais da cisnormatividade, além de ser um pressuposto dos saberes médicos-psi, dedico uma seção do próximo capítulo a discutir o dimorfismo sexual como um pressuposto naturalizado e os tensionamentos dessa estabilidade provocados pelo “problema clínico” da transexualidade (Latham, 2017). A construção da categoria “humano” e suas possíveis torções, a partir da matriz heterossexual de inteligibilidade (Butler, 1990) também é discutida no capítulo três. Para finalizá-lo, contextualizo brevemente a história da produção de uma patologia transexual – que, embora tenha se desdobrado em classificações nosológicas nos

manuais diagnósticos, não se resume a elas. Esses são fundamentos importantes para a análise das práticas de saúde que cartografei no campo, as quais analiso e problematizo no quarto capítulo. No quinto capítulo, teço algumas provocações e direcionamentos para pensar a formação em saúde, ancorada tanto nas práticas de saúde quanto em experiências no campo educacional (em nível escolar e de graduação), as quais descrevo no capítulo a seguir. Além disso, no capítulo cinco, proponho pensar a formação para além do paradigma da diversidade, inspirada nas contribuições de Tomaz Tadeu da Silva (2014). Nessa esteira, problematizo a ideia de “capacitação”, no sentido de tornar alguém “apta/e/o” para alguma atividade – nesse caso, para o atendimento de pessoas LGBTTTQIA+. Encerro a dissertação no capítulo seis, sintetizando algumas provocações para pensar nas (im)possibilidades de subversão da cisnormatividade.

2 Entrada no campo: o Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da População LGBTTTQIA+

O AMBITRANS é um projeto de extensão da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), criado em 2019, vinculado ao Serviço Integrado de Saúde (SIS), serviço-escola da universidade. Inicialmente, a equipe foi composta por duas professoras da área da enfermagem e um professor de psicologia. Sua primeira versão apresentava como objetivo realizar atendimentos ambulatoriais à população LGBTTTQ+⁵, além de coletar dados sociodemográficos sobre esse público. Também foram previstas a contribuição para a formação de estudantes dos cursos da saúde e a formação continuada para profissionais de saúde. Posteriormente, alunas/es/os de graduação e pós-graduação se integraram ao projeto. Durante a pandemia, os atendimentos passaram a ocorrer de forma remota e, em 2021, com a saída da coordenadora do projeto, a capacidade de atendimento foi significativamente reduzida.

Ao final de 2022, quando pensava na minha proposta de pesquisa para a dissertação, me aproximei de dois professores e de uma professora envolvidos com o projeto e acompanhei o planejamento de suas próximas etapas. Desde então, um novo projeto de extensão foi elaborado pela nova equipe, momento em que passei a integrá-la na condição de colaboradora voluntária do AMBITRANS. Em seguida, no mês de março de 2023, o ambulatório foi contemplado com verbal de edital externo do Fundo Positivo, que financia projetos sobre direitos humanos, diversidade e saúde.

A equipe atual do AMBITRANS conta com oito pessoas, cujas formações de base são majoritariamente no campo da psicologia. O projeto possui dois estagiários (uma graduanda e um graduando em psicologia, vinculados ao edital do Fundo Positivo) e uma bolsista de extensão (graduanda em medicina). O professor coordenador e a professora colaboradora trabalham com carga horária destinada ao projeto pela universidade. Amba/os são docentes do Curso de Graduação em Psicologia e do Mestrado Profissional em Psicologia da UNISC, sendo que a professora em questão também atua no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGPS) da mesma universidade. O restante da equipe é formado por uma nutricionista e doutoranda do PPGPS; uma psicóloga, doutoranda no mesmo programa e docente do Curso de Psicologia; e eu, que, assim como as doutorandas do PPGPS, tenho minha pesquisa vinculada ao AMBITRANS.

⁵ Sigla utilizada no projeto anterior.

Inicialmente, outras pessoas estiveram associadas ao AMBITRANS em caráter voluntário, mas sua integração na equipe não foi efetivada (entre elas, uma médica e docente do curso de medicina, além de duas residentes da mesma área). A vinculação do projeto com o SIS impediu a continuidade de sua participação, uma vez que as atividades do serviço-escola são realizadas, exclusivamente, por funcionárias/es/os, docentes que possuem carga horária destinada ao SIS (ou ao AMBITRANS) e estudantes inseridas/es/os em estágios ou em projetos de pesquisa e extensão. Em relação a profissionais autônomas/es/os ou servidoras/es/os do município, o conflito se mantém. Fomos informadas/os de possíveis conflitos jurídico-trabalhistas envolvidos nesses tipos de vínculo com o serviço, o que impediu a sua continuidade.

Essa foi uma das dificuldades do ambulatório para ampliar a oferta de atendimentos e integrar, potencialmente, acompanhamento médico com dispensação de fármacos para hormonização. Considerando que, nos anos anteriores de funcionamento do projeto (até 2022, conduzido por outra equipe), a hormonização foi uma demanda frequente por parte de usuárias/es/os, compreendemos que essa tendência provavelmente continuaria no ano de 2023. Essa foi, de fato, uma das demandas mais apresentadas por usuárias/es/os que procuraram o ambulatório ao longo de 2023. Atualmente, na frente de assistência, o ambulatório promove dois grupos de apoio: um para pessoas LGBTTQIA+ e outro para seus familiares. Além disso, oferece acolhimento individual, com duração de um a três encontros, para encaminhar as demandas das/des/dos usuárias/es/os.

Outra demanda bastante frequente foi a de acompanhamento psicológico, sendo que, nesses casos, dada a vinculação do AMBITRANS com o SIS, o ambulatório tem a prerrogativa de encaminhar usuárias/es/os para psicoterapia individual no serviço-escola, sem a necessidade de que elas/es/us permaneçam na lista de espera – procedimento padrão para usuárias/es/os que buscam o SIS espontaneamente, a depender do número de estagiárias/es/os de psicologia atuando no serviço e de vagas disponíveis para psicoterapia individual no momento da procura. Nesses casos, a/o/u usuária/e/o pode escolher se deseja continuar frequentando o grupo de apoio destinado a usuárias/es/os LGBTTQIA+. A permanência no AMBITRANS não é obrigatória.

Cabe dizer que a adesão do público-alvo foi baixa, sendo que nove pessoas foram atendidas em acolhimento individual. Nos grupos, o público também foi pequeno: o número de participantes em cada encontro variava entre duas e três pessoas. Embora não possamos precisar a razão para isso, é possível que o fato de o ambulatório não dispor de recursos para hormonização seja uma delas.

Outro ponto a considerar é que, embora o público-alvo sejam pessoas LGBTTQIA+ (“todas as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e outras”, conforme os

materiais de divulgação), a grande maioria das pessoas atendidas, desde o começo das atividades do projeto, em 2019, são trans. Esse histórico, assim como o próprio nome “AMBITRANS”, vincula o projeto mais explicitamente a esse público. Entendo que pode ser esse um dos fatores de baixa adesão de outros grupos. Esse cenário se desenhou apesar de o AMBITRANS ter investido em divulgação, possibilitada pela verba concedida pelo Fundo Positivo. Foram produzidos e distribuídos flyers com informações sobre o ambulatório e sobre o grupo de apoio. Um dos pontos de distribuição foi na Parada da Diversidade de Santa Cruz do Sul, que aconteceu em maio de 2023. O AMBITRANS participou do evento com um estande de divulgação. Além disso, durante todo o ano de 2023, o projeto teve presença ativa no Instagram, mantendo-o com um dos canais de comunicação com o ambulatório.

No mês de agosto, visitamos unidades de saúde do município (postos de saúde e serviços especializados) para apresentar rapidamente o projeto e disponibilizar flyers. Além disso, em duas ocasiões, o AMBITRANS realizou ações de busca ativa de pessoas trans e travestis trabalhadoras do sexo, acompanhando a atividade de outro serviço, que periodicamente realiza ações de prevenção a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) com esse público (sem delimitá-las às pessoas trans e travestis).

No início de 2023, quando planejávamos as ações a serem desenvolvidas ao longo do ano, combinamos que, dada a minha temática de pesquisa e a minha vinculação com o Programa de Pós-Graduação em Educação da UNISC, eu colaboraria prioritariamente com as ações vinculadas ao campo da educação, tais como a produção de materiais pedagógicos e as ações de capacitação de profissionais de saúde e de combate à LGBTfobia nas escolas. Foram essas as atividades pelas quais tive a responsabilidade direta, junto a outras/os colegas do ambulatório. Além dessas atividades e da participação nas reuniões de equipe do ambulatório, participei também da divulgação do projeto em serviços de saúde no município, de uma das ações de busca ativa, de reuniões com outros serviços de saúde com a finalidade de capacitação interna do AMBITRANS ou de auxiliar outras/es/os profissionais de saúde que atendem pacientes trans a conceitualizar e manejar casos, uma demanda que também nos foi endereçada. Por fim, também realizei sessões de acolhimento individual com um usuário que buscou o AMBITRANS espontaneamente.

2.1 Modos de caminhar no território

Durante o percurso de pesquisa, assumi a cartografia de Deleuze e Guattari (1995) como um modo de caminhar pelo território. Ele pressupõe um desenhar do caminho ao longo do

caminho. Não se busca, numa cartografia, representar objetos (Barros; Kastrup, 2009). Tampouco a atenção cartográfica se constitui num processo vigilante, uma vez que não concerne ao plano das formas, mas dos fluxos (Kastrup, 2009). Nesse sentido, para Laura Barros e Virgínia Kastrup (2009), “cartografar é acompanhar processos” (p. 52).

Um/a/e cartógrafo/a/e, ao viver o território existencial de sua cartografia, não está mergulhado/a/e nas profundezas do campo, tampouco sobrevoando-o para obter uma visão total (Costa, 2020). Totalidade, aliás, que não pode ser alcançada, dado que os territórios não podem ser isolados das linhas e fluxos que os atravessam, do processo rizomático que os compõe. O que está em jogo é a multiplicidade, irreduzível à arborescência organizadora dos sistemas de saber ocidentais (Deleuze; Guattari, 1995). Contrapondo-se às noções de centralidade e profundidade (ou de “mergulho” e “sobrevo”), Costa (2020) explica que o movimento cartográfico se assemelha ao andar de um caranguejo:

Ao abdicarmos de um centro, resta a nós, cartógrafa(o)s, o exercício de certa lateralidade. Ao modo caranguejo, precisamos conquistar a habilidade de caminhar e olhar para os lados, e não somente “sobrevoar” ou “mergulhar” (imagens que correspondem a modos hegemônicos de investigação, que costumam exigir distância e profundidade diante dos seus objetos de pesquisa). Gosto de pensar na cartografia enquanto uma prospecção inventiva em que a(o) própria(o) cartógrafa(o) se vê convocada(o) a enfrentar as linhas que a(o) constituem e a compor algo (de si) com o território a ser cartografado. (Costa, 2020, p. 19-20).

Durante os primeiros meses em que estive inserida no AMBITRANS, ainda não estava claro, para mim, quais seriam as minhas contribuições no projeto. Parte disso se deve à imprevisibilidade de como as ações do ambulatório se desdobrariam. Inicialmente, quando escrevi o projeto de dissertação, planejei acompanhar as processualidades do AMBITRANS e as práticas de saúde vinculadas a ele, mas não vislumbrava exatamente quais práticas poderiam ser essas, salvo aquelas que já vinham sendo desenvolvidas nos anos anteriores: apoio psicológico em modalidade individual e grupal, além de capacitação para profissionais da rede de saúde municipal. Outras atividades estavam previstas no cronograma de ações para 2023, mas a sua execução dependeria tanto da adesão do público quanto da integração de mais profissionais ao ambulatório. Conforme mencionei antes, esse foi um dos desafios para consolidá-lo.

Mais tarde, com o início das atividades no mês de abril, o plano de trabalho foi se materializando na agenda do AMBITRANS. Percebi, então, que estaria acompanhando não apenas as práticas de saúde estritamente vinculadas ao projeto. Dado o meu objetivo de cartografar as questões que, no fazer coletivo, interpelassem os saberes, as práticas e a formação em saúde, isso também implicaria os nossos trânsitos e diálogos com outros serviços e profissionais de saúde. Desenhei esse percurso, portanto, analisando esses elementos nas

reuniões de equipe do AMBITRANS, nos momentos de capacitação interna ministrados por profissionais de outros serviços, em capacitação realizada pelo AMBITRANS, em diálogos e ações com outros serviços, nas ações em escolas e, por fim, nas entradas que tive na graduação em virtude de atuar no projeto. Quanto a esses últimos, me refiro a dois eventos promovidos por estudantes do curso de psicologia da UNISC, dos quais o ambulatório foi convidado a participar, além de falas que fui convidada a realizar em três disciplinas do mesmo curso, uma do curso de medicina, além de uma apresentação para as/les/os estagiárias/es/os de psicologia do SIS.

É importante marcar que essas ocasiões não foram encontros à parte e propostos com fins de pesquisa. Transitei por esses espaços em virtude da minha vinculação com o AMBITRANS e como parte das atividades previstas pelo projeto. Desse modo, a pesquisa, nesses termos, foi proposta à equipe do ambulatório e aceita pelas/os integrantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Entretanto, a circulação por outros espaços também possibilitou pensar uma série de questões sobre a problemática da pesquisa realizada, compondo o diário de campo a partir da minha inserção como pesquisadora e integrante do AMBITRANS. Sendo assim, incorporo esses trânsitos à análise, optando por não marcar os tipos de serviço de saúde envolvidos em cada passo da discussão, exceto nas passagens em que isso é essencial para situar certas práticas, como, por exemplo, no caso de protocolos de acesso à hormonização em ambulatórios de atendimento a pessoas trans e travestis. Entendo que, devido ao fato de a maioria dos serviços se situar em Santa Cruz do Sul, um município relativamente pequeno, marcar determinadas características, tais como a composição das equipes, o nível de atenção em saúde e o tipo de atendimento prestado, tornaria esses serviços potencialmente identificáveis.

Esta pesquisa foi concebida a partir do diálogo com os diários de campo que produzi, cujas inscrições são compostas de impressões, dúvidas e reflexões sobre os elementos que produziram intensidades (Deleuze; Parnet, 1998; Medrado; Spink; Mélló, 2014). Não os tomo como instrumento para a representação, para dizer *a verdade* sobre as práticas de saúde e os saberes que as fundamentam. É importante ressaltar que, na perspectiva deleuziana, conforme trazem Medrado, Spink e Mélló (2014), as "intensidades" podem nos tocar ou não, podem ou não produzir um encontro. E as intensidades, vale dizer, acontecem em momentos distintos. Enquanto algumas das anotações foram feitas após as atividades do ambulatório, outras são produções que ressoaram mais tarde e/ou que apareceram repetidamente no percurso.

Em uma perspectiva latouriana, Medrado, Spink e Mélló (2014) concebem os diários de campo como atuantes em nossas pesquisas. Não são instrumentos passivos de *coleta* de dados,

mas atuantes na *produção* dos dados apresentados. Costa (2014) concebe a figura da/de/do cartógrafa/e/o como aquela/e/u que deseja “sujar-se” no processo de pesquisar, sem recorrer à pretensa distância e neutralidade de métodos mais duros. A respeito do caráter metodológico da cartografia, o autor argumenta que se trata mais de uma ética do que de uma metodologia. Assim, o método, os caminhos, os procedimentos de pesquisa são cartografados pelo próprio pesquisador pela via dos afetos que surgem no campo ao habitar um território existencial (Costa, 2020).

À medida que fui construindo o percurso de pesquisa, a posição simultânea de integrante do AMBITRANS foi se adensando e, com ela, as responsabilidades que foram atribuídas a mim. Não seguirei uma cronologia ao evocar, aqui, determinadas paragens no trânsito pelo território da pesquisa (seja neste ou em capítulos posteriores). Ao discutir as noções de tempo e memória na obra de Deleuze, Hur (2013) pontua que a temporalidade não pertence ao mundo da linearidade, às divisões segmentares entre passado, presente e futuro. Não haveria um fluir de um tempo a outro representado por uma linha retilínea, mas um “emaranhado de tempo” (p. 180). Trata-se de um “tempo das vivências, das intensidades, dos devires” (p. 180). Da mesma forma, a memória é uma construção da multiplicidade que habita distintos planos e temporalidades simultaneamente.

Uma dessas passagens foi uma capacitação sobre atenção à saúde da população LGBTTQIA+ (com duração de um turno), algo que estava previsto no cronograma do projeto, para profissionais de saúde que atuam nos serviços da rede de saúde de Santa Cruz do Sul, sendo que não delimitamos os serviços por nível de atenção e por público atendido. Embora o tema geral estivesse definido, tive a chance de definir o foco de discussão junto com a colega que ministrou a capacitação comigo. Chamou a atenção o fato de grande parte das/des/dos profissionais atuarem na área de saúde mental, embora tivessem formações de base das mais variadas. Cabe ressaltar que, embora esta pesquisa focalize a relação entre o campo da saúde e as identidades trans e travestis, a atuação do AMBITRANS contempla também o restante da comunidade como público-alvo. Sendo assim, em falas e nos momentos de capacitação, abordei questões relacionadas ao gênero e à sexualidade no campo da saúde, notadamente: os determinantes sociais de saúde, as barreiras de acesso, bem como a produção de uma norma cis-heteronormativa incrustada nos saberes e nas práticas de saúde. São questões que desdobrei no capítulo cinco.

Os convites para falar em disciplinas dos cursos de psicologia e medicina, assim como para as/os/les estagiárias/os/es psicologia do SIS, tiveram outra tonalidade: fazer uma *fala* ou *dar uma aula* é diferente de oferecer uma *capacitação*. A segunda é muito mais

comprometedora: ela promove a expectativa de certo tipo de resultado, de um efeito explícito na atuação daquelas/es/us participantes. Uma *fala* e uma *aula* podem ser sobre um tema que tenho pesquisado e com o qual tenho trabalhado. Em uma capacitação, fala-se da posição de “especialista de gênero” (Latham, 2017). Favero (2022) problematiza a “ideia de que é possível ser especialista em determinadas populações” (p. 3), dado que, em cursos de formação e/ou especialização com esse foco, “o que está em jogo não é como atender alguém que foi alvo de transfobia, e sim: como atender alguém que é trans” (p. 3).

Essa crítica já compunha minhas leituras no início do percurso de pesquisa. Quando fui, portanto, ministrar a capacitação em questão, isso reverberou persistentemente nas minhas inquietações. Tanto nas falas para estudantes de graduação quanto nos momentos em que conversamos com profissionais de outros serviços, tentei ao máximo me afastar da tendência de oferecer regras protocolares sobre como atender pessoas trans e travestis – porque não há ou porque eu mesma as desconheço. Favero (2022) segue problematizando a noção de que acolher/atender uma pessoa trans ou travesti seria fundamentalmente diferente de atender pessoas cis.

No percurso que tracei, há duas atitudes quanto a isso: de que não se deve fazer distinção entre as pessoas e tratar todas/es/os igualmente e, por outro lado, de que é preciso estar muito atenta/e/o às especificidades desse público. Essa foi uma corda bamba sobre a qual tentei me equilibrar: não neutralizar as diferenças e tampouco negligenciar as especificidades de saúde; ao mesmo tempo, tentar não cristalizar essas especificidades como algo inerente à experiência de ser trans, travesti, gay, lésbica, bissexual, não-binária... Discutir os determinantes sociais de saúde (WHO, 2020) foi uma estratégia para visibilizar a *produção* de muitas dessas especificidades (relacionadas com as experiências de violência, discriminação, rejeição social e com as barreiras de acesso à saúde).

Isso vale para as interações com trabalhadoras/es/os da saúde e com estudantes dessa área. É certo que teria adotado uma postura diferente caso não tivesse feito essas leituras anteriormente. Talvez louvasse quaisquer esforços para trabalhar temáticas relacionadas à população LGBTQIA+, independentemente do formato em que isso acontecesse. Há uma responsabilidade nisso que não pressuponho ter atendido plenamente, mas me senti permanentemente implicada por isso. São questões que já vinham sendo mobilizadas na época da qualificação da dissertação, quando estava realizando o estágio em docência.

Adentrando o campo da educação escolar, realizamos rodas de conversas em três escolas, com três quatro grupos de estudantes dos 6º, 7º, 8º e 9º anos do Ensino Fundamental. Essa também era uma atividade prevista no cronograma do projeto, com o objetivo de atuar no

combate à LGBTfobia, na perspectiva da educação em saúde, compreendendo a escola como um dos espaços de naturalização da violência e da discriminação contra pessoas trans, gays, lésbicas, bissexuais, travestis (ABGLT, 2016). São essas algumas das práticas regulatórias do gênero e da sexualidade no ambiente escolar, uma instituição que atua de forma privilegiada nos processos de normalização e de naturalização das posições legíveis (Louro, 1997; Bento, 2011).

Apesar disso, trata-se também de um território de permanentes tensões e dissenso, em que há “uma disputa acirrada, muitas vezes negada, entre os discursos” (p. 558) hegemônicos e aqueles que pretendem rasurar ou, efetivamente, desmontar um conjunto de normas. O campo educacional tem estado na mira da retórica antigênero impulsionada por movimentos ultraconservadores (Junqueira, 2018), tornando-o um campo minado para realizar o tipo de ação proposta pelo AMBITRANS. Nesse caso, entretanto, chama a atenção o fato de que as rodas de conversa foram demandas de escolas que nos procuraram. Apenas uma outra escola, sinalizada (por profissionais de saúde com quem dialogamos) como um ambiente hostil e violento para crianças e adolescentes LGBTQIA+, recebeu a proposta do AMBITRANS de promover discussões sobre LGBTfobia. A proposta, entretanto, foi recusada. Esse cenário foi bastante considerado na produção de um material paradidático sobre diversidade de gênero e sexualidade, idealizado e proposto pelo AMBITRANS, orientado para estudantes de ensino médio, e que está em fase final de produção em parceria com uma escritora, ilustradora e pesquisadora no campo dos estudos de gênero e sexualidade. O material em questão foi um de meus focos de contribuição no projeto, algo que discutirei adiante, no capítulo cinco.

Quando escolhi o tema desta pesquisa, dei voz a um interesse que já me mobilizava na graduação. Antes disso, no entanto, resisti ao caminho nada fácil que tem sido até aqui me posicionar eticamente no campo dos estudos de gênero e sexualidade. Digo isso na condição de pessoa cisgênera e branca, mas dissidente das sexualidades normativas. Não há sobre o meu corpo a imposição violenta de uma normatividade na mesma medida em que isso é praticado contra pessoas trans e travestis (ou da mesma forma que acontece com pessoas negras, indígenas, amarelas, intersex, migrantes, pessoas com deficiência e outros sujeitos marcados pela abjeção). Partindo desse lugar, não tenho a intenção de falar *por* determinados grupos ou sequer *sobre* as pessoas trans e travestis.

Vale dizer, no entanto, que não apenas as marcas “cisgênera” e “branca” corporificam o meu pesquisar (Haraway, 2009). Falo também da posição de psicóloga, cuja formação está parcialmente (diria que largamente) ancorada em uma tradição científica ocidental, com pretensões de universalidade e de uma objetividade total, a qual independeria do corpo. Essa

tradição, para a autora citada, confere a determinados corpos a possibilidade de dizer “a verdade” com efeitos de neutralidade, ao passo que os corpos “marcados” de grupos historicamente subjugados seriam poluidores de suas análises. Há outras marcas que constituem a minha formação de base – a perspectiva universalista não é unívoca. Entretanto, cabe ressaltar que não apenas os saberes positivistas se filiam a ela. A própria psicanálise, por exemplo, tem em sua base conceitos cissexistas que se colocam como universais (Stona; Ferrari, 2020). Esse será um dos pontos argumentados no próximo capítulo.

Meu olhar é formado por essas marcas. Ser convidada a capacitar ou a falar sobre gênero e sexualidade para estudantes e profissionais de saúde, significa mobilizar forças para desnaturalizar modos de ver constituídos pela cisnormatividade (viviane v., 2015). Esse movimento é bastante difícil: discutir questões que põem em xeque conceitos e concepções que me pareciam, há não muito tempo, consolidadas, fixas e imutáveis. Uma delas é o modelo do dimorfismo sexual, que binariza os corpos em uma relação oposicional e diádica. Essa normatividade não diz somente dos modos de fazer ciência e dos campos do saber que a retroalimentam. Trata-se de uma norma que produz isso que chamamos de humanidade. O “humano”, nesse sentido, não está dado; é uma categoria em permanente negociação por inteligibilidade (Butler, 2004). À medida que os saberes médicos-psi produzem uma transexualidade na esteira da cisgeneridade, conformando-a a uma convergência esperada entre sexo, gênero, desejo e práticas sexuais (Butler, 1990), eles efetivamente co-produzem a inteligibilidade humana nesses termos. Esses pressupostos também serão discutidos no capítulo a seguir.

Nas práticas de saúde que cartografei, essas noções são articuladas de diferentes modos. Se tomarmos, por exemplo, a diagnosticção das identidades trans e travestis como um fundamento do acesso a determinados procedimentos (ou, mesmo, das concepções de transexualidades, travestilidades e transgeneridades que orientam essas práticas), uma das tendências que me chamaram a atenção é que não se utilizam explicitamente de critérios diagnósticos, tampouco se orientam pelas classificações nosológicas do DSM-5 ou da CID-11. Mesmo nos ambulatórios de atendimento a pessoas trans e travestis (conversamos com integrantes das equipes de dois serviços dessa natureza), essas categorias não parecem ser acionadas. Apesar disso, práticas, dizeres e noções patologizantes estão repletas entre as/os/les profissionais de saúde (abarcando também os serviços que atendem outros públicos, sem o recorte de gênero). Isso mostra que os fundamentos teóricos que patologizam as identidades trans e travestis circulam de diferentes modos, não apenas na forma de categorias nosológicas.

O encontro entre as práticas de saúde e as transexualidades, travestilidades e transgeneridades no campo de pesquisa é discutido no quarto capítulo. Escolhi pensar esses elementos de análise como *consonâncias* e *dissonâncias* com a lógica patologizante e psiquiatrizada. Em meu andar pelo território, escutei muitas consonâncias e algumas dissonâncias. Não se tratam, no entanto, de vozes individuais que se encaixam numa harmonia. São vozes, dizeres e noções, cada uma delas, em polifonia. Antes de chegar a ela, contudo, desdobro, no capítulo a seguir, alguns fundamentos teóricos que dão sustentação às análises e discussões dos capítulos subsequentes.

3. Cisnormatividade: matriz da humanidade, gramática do saber

O uso dos termos “cis” e “trans” como meros descritores de um aspecto da individualidade pode ser entendido como tributário de noção apressada de "identidade", tida como a simples afirmação daquilo que se é e que carrega consigo a negação de tudo que não se é: ser branco é não ser negro; ser trans é não ser cis; ser gaúcho é não ser paraibano, mineiro, goiano... Tomaz Tadeu da Silva (2014) argumenta que "a identidade" e "a diferença" são sempre resultados da diferenciação como uma operação de hierarquização, de inclusão/exclusão (os que pertencem e os que não pertencem), sendo que a identidade “natural” constitui tanto o parâmetro de classificação quanto a posição que detém o privilégio de classificar as demais:

Fixar uma determinada identidade como a norma é uma das formas privilegiadas de hierarquização das identidades e das diferenças. A normalização é um dos processos mais sutis pelos quais o poder se manifesta no campo da identidade e da diferença. Normalizar significa eleger – arbitrariamente -- uma identidade específica como o parâmetro em relação ao qual as outras identidades são avaliadas e hierarquizadas. Normalizar significa atribuir a essa identidade todas as características positivas possíveis, em relação às quais as outras identidades só podem ser avaliadas de forma negativa. A identidade normal é "natural", desejável, única. A força da identidade normal é tal que ela nem sequer é vista como *uma* identidade, mas simplesmente como *a* identidade. Paradoxalmente, são as outras identidades que são marcadas como tais. (Silva, 2014, p. 83, grifos do autor).

Conferir à identidade hegemônica a marca da outridade, expô-la como o avesso de uma outra coisa, é desestabilizar sua pretensão fundacional e originária. Esse exercício, celebrado por viviane v. (2015) como uma contribuição essencial dos transfeminismos, trata de “problematizar as hierarquias de autenticidade e inteligibilidade entre corpos e identidades através de uma proposição conceitual.” (p. 49). Quem é universal não precisaria de um nome especial, afinal de contas. Cabe ressaltar que a universalidade não se produz somente no eixo gênero-sexualidade. Isso significa que as próprias categorias “gênero” e “sexualidade” não são autorreferentes. Elas se entrecruzam com a produção da diferença racial, com "projetos coloniais [...] limitadores e desumanizadores de um amplo espectro de corpos, identificações e identidades de gênero não normativas, para muito além dos conceitos ocidentalizados de gênero."

Nessa esteira, viviane v. (2015) explica que a própria categoria “transexualidade” se situa em epistemologias ocidentais, materializadas em uma “ciência sexual” articulada pelos saberes médicos-psi, que tratam de conhecer, escrutinar, determinar “a verdade” sobre os gêneros inconformes e que deslegitimam as experiências de gênero de culturas não ocidentais, as quais não correspondam ao eixo composto pelos elementos da pré-discursividade, da binariedade e da permanência, os quais operam, respectivamente, com as noções: 1) de um

corpo sexuado natural e anterior a quaisquer inscrições culturais, que resiste a essas inscrições, mantendo-se estável ao longo da história e independente das transformações dos gêneros; 2) de que a diferença sexual é um *dimorfismo*, ou seja, se manifesta em duas tipologias binárias e oposicionais; 3) de que as categorias “macho” e “fêmea” naturalmente convergem com gêneros que lhe correspondem (homem/masculino e mulher/feminino), com determinadas formas esperadas de performá-lo, com a orientação do desejo e com as práticas sexuais. A essa linearidade, Judith Butler (1990) dá o nome de “matriz heterossexual de inteligibilidade”

A estabilidade dessa matriz não apenas se impõe como norma do gênero e da sexualidade nos corpos individuais, mas traduz-se numa gramática de legibilidade do humano. Conforme Viviane V. (2015), a nomeação e a classificação da diferença sexual, nesses termos, não são inócuas, mas tributárias de um "projeto colonial pensado para a manutenção de instituições e valores como 'família' e 'reprodutibilidade'" (p. 62). Nomear é mais do que apontar diferenças: um efeito da pré-discursividade é a neutralização do processo de generificação inerente à própria classificação dos corpos. Nesse sentido, Butler (1990) argumenta que não é o gênero que decorre do sexo, mas o contrário. Para o autor⁶, o gênero, em vez de mero correlato cultural de uma natureza sexuada, constitui uma lente que torna possível classificar a diferença entre os corpos.

Na apreensão pré-discursiva, binária e oposicional dos corpos, supõe-se que o sexo represente um destino social, psíquico e identitário; que seja ele o motor dos papéis e relações de gênero e das formas de viver a sexualidade. O corpo sexuado seria, então, o ponto de partida dessa cadeia linear de convergências que nos humaniza: sexo, identidade de gênero, expressão de gênero, orientação sexual e práticas sexuais. O que está em jogo aqui é a própria ontologia do humano: ser humano é materializar essa convergência. Isso significa que a cisnormatividade e a heteronormatividade são interdependentes, que uma não existe sem a outra:

Na linha coerente entre 'sexo', 'gênero', 'desejo' e 'práticas sexuais', portanto, a cisgeneridade se localizaria nas relações e diálogos entre os dois primeiros pontos desta linha (englobando, via cisnormatizações, possibilidades definitórias restritas para corpos e identificações, bem como regulações sobre expressões de gênero), enquanto a heterossexualidade se refere aos desejos e práticas sexuais – em diálogos, evidentemente, com os processos de generificação das pessoas. Um movimento alinhado, neste sentido, à percepção de que “a orientação sexual e a identidade de gênero são essenciais para a dignidade e humanidade de cada pessoa” (ICJ, 2007, 7), enfatizando-se a distinção entre estas duas esferas (sem que as consideremos estanques, entretanto, porém interseccionadas) como uma potencial problematização

⁶ Em palestra ministrada na Universidade Técnica de Berlim, no ano de 2020, Judith Butler declarou que prefere o uso do pronome neutro *they*, na língua inglesa, para se referir a ela (<https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/queerspiegel/das-pronomen-ist-frei-vom-korper-aber-es-ist-nicht-frei-vom-geschlecht-4149826.html>). Aqui, portanto, escolho utilizar a forma neutra “elu” quando cito o autor. Julgo importante acrescentar essa informação, uma vez que o filósofo é largamente conhecido e tratado na academia com pronomes femininos.

do termo 'hetero' para se pensarem tanto as normatividades de desejos e práticas sexuais quanto para se pensarem as regulações do sistema sexo-gênero: **cisheteronormatividades**, talvez?. (viviane v., 2015, p. 57, grifo meu).

Butler (1990) não nega a materialidade dos corpos, como se poderia supor ao ler sua crítica à ideia de um sexo biológico anterior a qualquer discursividade. Le filósofe reconhece, no entanto, que “o corpo não possui significado anterior às relações de poder” e que as práticas de nomeação e significação da diferença sexual são impregnadas de normas de gênero. Paul Preciado (2020) mapeia alguns movimentos em que as transformações dos papéis de gênero foram acompanhadas por mudanças nos modos de designar corpos masculinos e femininos. O autor visibiliza a historicidade da diferença sexual a partir dos estudos de Thomas Laqueur, Helen King e Michelle Sauer sobre as classificações sexuais desde a antiguidade até a modernidade. Até o século XVII, as formas ditas femininas (e hoje naturalizadas como tal pelo discurso científico) eram representadas como uma inversão da forma masculina perfeita, representante canônica do humano. A humanização, portanto, estava estritamente subordinada aos níveis de aproximação e distanciamento desse ideal corporal e político. Não surpreendentemente, essa representação da diferença sexual (quanto mais masculino, mais humano) fazia reflexo às relações de gênero marcadas pela subalternização das mulheres como sujeitos políticos.

A passagem de um modelo de inversão sexual para o regime do dimorfismo binário não significou um rompimento com os pressupostos de gênero da antiguidade, senão um deslocamento nas formas de subalternização. Preciado (2020) mostra que esse ponto é contestado: enquanto Laqueur considera que essa passagem tenha ocorrido no início do século XVIII e convergido com "uma série de processos de emancipação política do corpo feminino" (p. 65), Helen King apontava que, embora o modelo monossexual tenha predominado ao longo da antiguidade e do renascimento, o modelo da diferença sexual dava indícios de sua emergência já nessa época, firmando-se como predominante no final do século XVIII.

Além disso, a invenção disso que é chamado de "estética da diferença sexual", com a marcada oposição entre as anatomias reprodutivas, marca, para a maioria dos historiadores, uma reiteração ontológica do patriarcado através da afirmação das diferenças "naturais" entre homens e mulheres. Nessa leitura, ao invés de provocar um impulso emancipatório, a mudança teria reforçado a "domesticidade reprodutiva" das mulheres (em oposição ao "trabalho produtivo" dos homens), "em uma época em que a universalização de um único corpo humano vivo poderia ter legitimado o acesso das mulheres às técnicas de governo e à vida política" (Preciado, 2020, p. 66).

3.1 Nem um, nem dois: o sexo como objeto múltiplo

No regime do dimorfismo sexual, há um investimento em produzir a maior coerência possível entre os elementos que demarcam o sexo e o gênero, ainda que hoje os limites do "sexo masculino" e do "sexo feminino" sejam necessariamente expandidos e redefinidos à medida que as tecnologias investigativas do sexo "verdadeiro" encontram novos tipos de marcadores sexuais, como explica Paula Sandrine Machado (2008) em sua tese de doutorado. Preciado (2020) considera que as demarcações do sexo biológico hoje são reconhecidamente mais complexas do que pressupunha a lógica binária. Segundo o autor, desde 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) "matiza suas posições sobre a existência de uma variação na realidade morfológica, anatômica e cromossômica dos corpos humanos que vai além do binarismo sexual e de gênero" (p. 93).

No contexto da intervenção e do diagnóstico da intersexualidade em dois hospitais (um brasileiro e um francês), onde Machado (2008) desenvolveu sua etnografia, há uma noção de essência que subjaz à compreensão das equipes de saúde em torno dos corpos intersex. Embora haja o reconhecimento da pluralidade de elementos que marcam as fronteiras sexuais (nos níveis morfológico, genético, anatômico, molecular, hormonal e outros), há uma busca pelo sexo "verdadeiro", que estaria localizado em algum desses marcadores. A noção de "ambiguidade" parece desafiar a dicotomia sexual homem-mulher e, portanto, o termo *genitália incompletamente formada* é adotada pelos médicos em detrimento do termo *genitália ambígua*. Machado (2008) explica que o primeiro termo

permite adiar o 'diagnóstico' do sexo sem questionar a sua existência inequívoca no corpo (como um entre dois – e apenas dois – possíveis). Ele sugere que mesmo quando a "natureza" do sexo não está completa, ela já habita o corpo (seja geneticamente, hormonalmente ou em outros níveis). Só precisa ser encontrada. (Machado, 2008, p. 147).

A "verdade" do sexo se torna um problema clínico em permanente contestação nos processos de transição de gênero, conforme Latham (2017) mostra em sua narrativa autoetnográfica sobre o seu percurso nos espaços clínicos de "tratamento". Em diálogo com os Estudos da Ciência e da Tecnologia, o autor postula a multiplicidade do sexo a partir das práticas clínicas e dos *atos mundanos* nos espaços médicos. Com base nas contribuições teóricas de Annemarie Mol (2002), Latham (2017) opera com o pressuposto de que os objetos da medicina não são pré-existentes, mas performados. O sexo, para pessoas trans, é construído mediante um gerenciamento de tensões a partir de práticas clínicas/médicas que são igualmente

múltiplas. É performedo nos termos da aderência ou da transgressão das diretrizes de “tratamento”.

A primeira performance do sexo na clínica é burocrática: preencher a categoria “sexo” de um formulário de atendimento clínico com “FtM” (“de mulher para homem”, do inglês “female-to-male”) sugere que não ocupa inteiramente uma categoria ou outra. No fazer do médico, o sexo é um *processo*, vacilante, impermanente e maleável por meio de técnicas médicas. Há, no entanto, determinados marcadores que indicam "onde" o sexo está. Quando os índices de testosterona estão semelhantes àqueles considerados saudáveis para uma mulher cis, esse dado clínico se torna um marcador da cisgeneridade originária. Os mesmos resultados, para um homem cis, apontariam para uma severa deficiência androgênica e possivelmente resultariam na prescrição de testosterona. Assim, as taxas hormonais, somadas ao fato de o médico estar ciente do sexo designado do paciente, apontam para o "sexo como um objeto aparentemente estável, prévio e singular" (Latham, 2017, p. 184).

Há o sexo determinado pelo psiquiatra: declarado pelo paciente, mas legitimado pelo “especialista de gênero”. Nesse caso, a narrativa de “ter nascido no corpo errado” sinaliza uma verdade que *sempre esteve lá*, marcando “masculino” como uma essência que se sobrepõe ao “incongruente” sexo designado. Aqui, o sexo é uma coerência temporal (passado, presente e futuro) e substancial (*permanência* nas linhas da matriz heterossexual de inteligibilidade), embasada em rígidos critérios diagnósticos e na avaliação clínica. Entram em jogo as vestimentas, a forma de gesticular, a orientação do desejo afetivo-sexual, o desejo de manter ou modificar a genitália. Há a esperada construção de uma convergência cisnormativa que se desenha entre o sexo passado, o sexo presente e o sexo futuro. Assim, Latham (2017) é performedo como “homem”, “mulher ou “transexual”, a depender da análise minuciosa de cada um desses indicadores.

Na avaliação clínica preparatória para procedimentos cirúrgicos: determinar os pontos de maior e menor adequação ao padrão anatômico esperado para o gênero "de destino", que posiciona o paciente como algo *entre* um homem e uma mulher, com distanciamentos e aproximações de cada polo, mas sempre condicionado a um futuro cada vez mais coerente com a masculinidade, que seja capaz de assegurar o desígnio “masculino” como um objeto que, apesar de múltiplo, oscile menos. O cirurgião performa tanto o sexo quanto a transexualidade ao determinar um *bom* e um *mau* candidato à cirurgia, baseada na (não) incorporação de outros traços que confirmem a identidade de gênero, como, por exemplo, o desejo de somar a intervenção cirúrgica à hormonização.

A sua opinião sobre minha (in)adequação para a cirurgia está também *fazendo a transexualidade*. O cirurgião pressupõe (e performa) a transexualidade como singular, estável e seguindo uma trajetória específica (e fixa): uma mudança completa (ou tão completa quanto possível em sua avaliação) de fêmea para macho. Isto é, o *meu* refazer da transexualidade está sendo desafiado. Desse modo, o cirurgião está limitando (*tornando limitadas*) as possibilidades trans: outros desejos trans estão *sendo feitos impossíveis*. Particularmente, a possibilidade de buscar intervenções explicitamente *trans* (ao invés de masculinas ou femininas) está impedida. (Latham, 2017, p. 193-194, grifos do autor, tradução livre).

Na sala de cirurgia, o sexo também é um objeto múltiplo: para o anestesista, o controle da atividade cardíaca, da respiração, da pressão arterial e da temperatura corporal deve considerar os padrões "femininos". Para a equipe de cirurgia, enquanto os seios são *femininos*, a reconstrução do peito é *masculina* (em virtude das técnicas cirúrgicas e da perspectiva de futuridade que a cirurgia materializa). O resultado cirúrgico, por sua vez, não neutraliza a ambiguidade dos objetos do sexo, que segue cruzando as linhas da masculinidade e da feminilidade ao ser performado cotidianamente. O que a transexualidade faz, para Latham (2017), é tornar visível a multiplicidade do sexo, já que esse passa a ser escrutinado, examinado, perscrutado nas suas minúcias. A cisgeneridade, mesmo quando inconforme à cishnorma, não provoca o mesmo abalo na categoria do sexo: fala-se em gênero, mas não se expõe, via de regra, o caráter contingencial e fabricado do sexo.

Há, no entanto, uma crescente tendência de que corpos cisgêneros sejam colocados “à prova”, aparentemente um desdobramento do pânico moral antigênero (Junqueira, 2018). A tentativa de “decifrar” se uma pessoa é ou não trans – para determinar se ela é digna de acesso ao espaço público, de pertença ou, alternativamente, de violência – marcou um caso recente de agressão em um restaurante recifense, em que uma mulher cis foi agredida por outro cliente após usar o banheiro feminino. Antes de desferir um soco no rosto da vítima, o agressor questionou se ela era “homem ou mulher” (Ferraz, 2023).

Fenelon Pinheiro, vice-presidente do Conselho Estadual de Direitos Humanos, argumentou que a ação se trata de crime de transfobia, considerando que, apesar de a vítima ser uma mulher cis, a motivação do agressor foi tê-la lido como uma mulher trans e/ou travesti (ou, conforme sugere sua pergunta à vítima, como “homem”). Isso significa que o sexo está sendo performado a partir de um conjunto de “evidências”, de uma série de traços corporais não redutíveis à genitália, que sinalizam para a transgressão da posição cisgênera. Na busca por assegurar a natureza do sexo/gênero, as certezas a respeito do que constitui as categorias “homem” e “mulher” são fraturadas.

Além da matriz de convergência entre as categorias de sexo, gênero e sexualidade, o que se desestabiliza, nesse movimento, são as próprias formas de *conhecer* que se pretendem

universais e descorporificadas, que têm na separação sujeito-objeto a sua legitimação epistemológica. Parte do que torna a objetividade universal uma impossibilidade, para Haraway (2009), é precisamente o fato de que alguns corpos – brancos, europeus, heterossexuais, cisgêneros, masculinos –, à medida que naturalizados como a norma humana, são pretensamente esvaziados de si. Assim, são posicionados como *neutros* quando tomam a posição de pesquisadores e cientistas, supostamente desprovidos de intencionalidades, interesses e vieses. Porque “não possuem” corpo, entende-se que podem acessar um conhecimento universal e atemporal. Um tipo de acesso à natureza e à realidade que necessita desse olhar “objetivo” totalizante, o que, em princípio, exclui pessoas cujos corpos *são* marcados com a subalternidade. Essas, sim, têm corpo e, por isso, estariam “sujando” a pesquisa com sua tendenciosidade.

Na perspectiva da objetividade descorporificada, os instrumentos de visualização são o único agente de mediação da visão. Não há *composição* da realidade com um sujeito atuante, mas espelhamento e representação. Por exemplo, a transexualidade, na concepção psiquiátrica, é factualmente a manifestação de incongruência entre o gênero assumido como identidade e o sexo biológico – compreendido em termos de dimorfia, binariedade e oposição a outra polaridade. Isso é diferente de pensar na incongruência entre a identidade de gênero de uma pessoa e *o gênero que lhe foi designado ao nascer*. Essa última formulação independe, em princípio, da essencialização de “corpos masculinos” e “corpos femininos”, já que não evoca a cisgeneridade como posição originária do corpo. A primeira, no entanto, depende da estabilidade que constitui o sexo biológico, *a priori*, como destino de um gênero específico. Ser trans, nessa acepção, é “ter nascido no corpo errado”.

Vejamos, entretanto, que certas identidades não se fundamentam no corpo como parâmetro para o gênero. Viviane V. (2015) e Violet Anzini (2021) argumentam que a concepção de sexo como duas polaridades opostas é uma imposição colonial, a qual torna ilegíveis os gêneros que escapam ao domínio da cisgeneridade e que estão fora do eixo ocidental. Essa matriz de inteligibilidade não se limita aos saberes médicos-psi. Anzini (2021) mostra que a arqueologia, a antropologia e áreas relacionadas, ao investigarem o passado da humanidade e sociedades contemporâneas não-ocidentais, historicamente o têm feito ancoradas na cisgeneridade como norma universal, transpondo noções ocidentais de sexo e gênero a corpos e identidades localizadas em outros registros epistêmicos. A autora remete à obra da antropóloga Margaret Mead, que, ao investigar as bases culturais dos papéis de gênero, seguiu operando com a noção universalizada de “homens” e “mulheres”, traçando uma distinção entre sexo e gênero – exatamente aquela à qual Butler (1990) se opõe: que o gênero seria uma

inscrição cultural sobre um corpo natural. As sociedades Arapesh e Mundugmr, por exemplo, não pareciam fazer qualquer distinção de gênero na adoção de papéis sociais. Sem apresentar os termos que usavam para se referir aos corpos, Mead os dividiu em “homens” e “mulheres” que respondiam às mesmas expectativas de comportamento (Anzini, 2021).

Outro ponto é a atribuição de um “terceiro” ou “quarto” sexo/gênero a identidades não-ocidentais lidas, na acepção ocidental, como transgêneras. Além de não contemplar os termos empregados em suas línguas nativas para designar o que chamamos de “terceiro” e “quarto”, identificá-las como “trans” é também naturalizar essa posição como universal, ao modelo da cisgeneridade. Para o olhar da psiquiatria norte-americana, que tem universalizado suas particularidades culturais (Henriques; Leite, 2019), esses gêneros podem ser lidos como a expressão da transexualidade nas linhas da nosologia psiquiátrica, sendo a única distinção o fato de não terem sido ainda “iluminadas” pelos saberes médicos e neurocientíficos – este último promete localizar no cérebro a “essência” do gênero (Anzini, 2021).

A “verdade universal” do dimorfismo sexual é obra da objetividade descorporificada que tem fundamentado o campo epistemológico da *scientia sexualis* (Foucault, 1985). Os saberes médicos-psi se fundam e perpetuam essa verdade e, por conseguinte, o modelo dimórfico dos sexos como organizador de todo um arranjo de experiências humanas: os papéis e a identidade de gênero; o modo de encarnar a sexualidade; a orientação do desejo sexual e as escolhas objetais; a escolha por determinadas atividades laborais; as propensões à emocionalidade ou à racionalidade. A respeito disso, Haraway (2009) afirma que “as narrativas culturais ocidentais a respeito da objetividade são alegorias das ideologias das relações sobre o que chamamos de corpo e mente, sobre distância e responsabilidade” (p. 21).

É importante ressaltar, no entanto, que, ainda que um campo de saber escape à doutrina do positivismo, isso não significa abandonar o regime do dimorfismo sexual e da cisnormatividade. Stona e Ferrari (2020) chamam a atenção para o fato de que, ao longo do desenvolvimento da psicanálise, psicanalistas tenderam a dar pouca atenção a ideias freudianas potencialmente desestabilizadoras das normalizações de gênero e sexualidade, tais como as “múltiplas formas de erotização do corpo [...], as diversas formas de composição das teorias sexuais infantis [...], a pulsão sem objeto predefinido [...], além da disposição de mesclas de traços da masculinidade e feminilidade como característica originária dos processos de subjetivação” (p. 111). Cabe sublinhar que essa última, ainda que potencialmente subversiva em relação à convergência sexo-gênero-desejo e à unidade generificada dos construtos “homem” e “mulher”, considera apenas essas duas possibilidades.

Mesmo que caiba destacar as potencialidades desses conceitos, é preciso atentar ao alerta de Preciado (2020), para quem não basta retornarmos aos “pais fundadores” e aos grandes nomes da psicanálise, pois os preceitos cisnormativos já estavam lá. É o que Stona e Ferrari (2020) argumentam ao escrever que o cissexismo é uma norma não escrita da psicanálise. Tão psicanalíticas quanto os conceitos menos lembrados pelos “filhos” da psicanálise, as seguintes noções se tornaram centrais para a teoria psicanalítica: “a anatomia enquanto destino [...], a extrema importância na diferença sexual [...] e as saídas binárias edípicas como as únicas possíveis para o sujeito.” (Stona; Ferrari, 2020, p. 111). Resgatando Latour (2000), o autor e a autora argumentam que essas noções são *caixas-pretas* da psicanálise – dadas como encerradas, inscritas na teorização psicanalítica como verdades fundacionais e incontestáveis, sobre as quais se estrutura a psique.

O registro binário está presente na simbolização da presença ou ausência do falo, a qual se desdobrará, após o período de latência, no reconhecimento da diferença sexual e na ancoragem em uma dessas polaridades. Stona e Ferrari (2020) pontuam que, para Freud, a diferença morfológica é um destino psíquico. Ainda que tal diferença seja explicada em termos de operações simbólicas e não de processos orgânicos, a sua base pode ser traçada diretamente ao regime do dimorfismo sexual. Ancorados na discussão de Viviane V. (2015), o autor e a autora mostram que a pré-discursividade, a binariedade e a permanência do sexo são pressupostos que embasam o pensamento freudiano sobre o desenvolvimento sexual e psíquico, “estabelecendo, por meio da observação, a generalização desses pressupostos como a normalidade dos processos subjetivos” (Stona; Ferrari, 2020, p. 113).

Adentrar a adultez – masculina ou feminina – é uma operação do complexo de castração, que inscreve subjetivamente a diferença sexual mediante a saída do conflito edípico, o qual “ensaia”, na infância, a sexualidade e o gênero “normais”, de acordo com a matriz heterossexual de inteligibilidade. Para os meninos, a identificação com o pai e a eleição da mãe como objeto de desejo; para as meninas, o oposto (Stona; Ferrari, 2020). Nesse percurso, há uma linha bifurcada de desenvolvimento, com duas saídas possíveis (a posição masculina/ativa e a feminina/passiva), operada pela morfologia, pela simbolização da diferença (através da primazia do falo) e pela família nuclear, também organizada de forma binária.

A coordenação múltipla do sexo, a busca de sua verdade e estabilização numa linha substancial (sexo-gênero-desejo) e temporal (presente-passado-futuro), bem como a universalização das categorias ocidentais de gênero, apontam para a cisnormatividade como uma norma intrincada e notadamente adaptável (Viviane V., 2015), uma vez que se inscreve epistemologicamente nas bases de diferentes campos do saber (a saber, a psiquiatria, a

antropologia, a psicanálise, a arqueologia, a psicologia, apenas para citar algumas que se mostraram pertinentes para o eixo argumentativo disposto aqui).

3.2 Negociando a humanidade

O sistema de oposição binária entre os sexos tem como marca a rigidez classificatória. Nesse cenário, a expectativa de convergência entre sexo, gênero e desejo se articula cada vez mais aos processos de humanização, isto é, de firmar critérios de *humanidade* e caracterizar sujeitos como *humanos* ou *menos que humanos*. Para Butler (2004), aqueles corpos que não se subordinam à matriz de inteligibilidade heterossexual se constituem como corpos *inviáveis*, *ilegíveis* ou, ainda, *invivíveis*. Aqui estão, em maior ou menor distanciamento da norma, os corpos das pessoas intersexo, transgêneras, travestis, transexuais, gays, lésbicas, bissexuais. É importante lembrar que os limites de inteligibilidade são permanentemente móveis e, por isso, certas identidades vão sendo parcialmente assimiladas culturalmente à medida que se aproximam desse sistema de convergências.

Quão mais se distanciam e desafiam a reificação da norma, mais ilegíveis, inviáveis e sujeitos a uma *existência inexistente* são os corpos. É o que mostra Paul Preciado em “My Body Doesn’t Exist” [*Meu corpo não existe*] (2017): em seu processo de transição, a burocracia político-administrativa e as mudanças biomorfológicas não lhe conferiam a possibilidade de existir plenamente como cidadão. Antes de retificar sua documentação, era solicitado que ele comprovasse ao Estado espanhol os efeitos masculinizadores da transição em seu corpo, que apresentasse um diagnóstico que lhe atestasse a condição de “disfórico de gênero”. Mais tarde, antes que finalmente conseguisse formalizar sua identidade perante o Estado, era esperado dele que abrisse mão de seu passado, da pessoa que um dia fora. A queima de sua primeira certidão de nascimento era uma exigência reificadora do sistema sexo-gênero-desejo, bem como o fato de ter-lhe sido negado, inicialmente, o direito de manter o seu nome dito *feminino* como segundo nome: se Paul desejava ser reconhecido como homem, haveria de romper com qualquer traço culturalmente legível como feminino.

Esse fetiche da diferença sexual, reificado pelo diagnóstico e pela burocracia estatal, sempre encontra resistências e fugas à sua normalização. Embora tal regime demarque critérios de legibilidade, de reconhecibilidade, das condições para ter uma vida *vivível*, Preciado (2020) afirma a sua impossibilidade (e repulsa à ideia) de habitar o mundo da masculinidade hegemônica, uma vez que sua posição social como um homem trans não-binário não lhe permitiria andar despercebidamente pela jaula do regime da diferença sexual. Seu corpo

ilegível, fronteiro e irrepresentável fora da “genealogia do monstro” (Preciado, 2017, p. 132) não lhe conferiria o conforto da universalização e neutralização de sua identidade, de maneira que ela sequer fosse lembrada como *identidade*, tal qual ocorre com os homens cisgêneros, brancos e heterossexuais.

Quando fala da não-binariedade, Preciado (2020) se refere justamente ao habitar dessas zonas fronteiriças: no âmbito político-administrativo, na identidade de gênero em si mesma, nos limites do humano e do inumano, entre a diferença sexual e para além dela. Essa fronteira, esse *para além de*, se materializa em seu corpo; as mudanças corporais não o tornam “imediatamente mais viril, mas simplesmente mais trans, sem que esse rótulo encontre uma tradução imediata no vocabulário do binário masculino/feminino.” (Preciado, 2017, p. 133). Essa é uma invenção de si, uma autoria da própria existência e do próprio corpo que o autor descreve com alegria em sua fala endereçada aos psicanalistas da Escola da Causa Freudiana.

Preciado (2017) explica que não se trata de uma passagem de um universo feminino ao masculino, tampouco de um projeto reformista, mas sim revolucionário, sem a marca binária do “antes e depois”. Nesse sentido, o autor diz que a “temporalidade de [seu] corpo trans é o presente não representado; não é definido por aquilo que era antes, tampouco por aquilo que se pressupõe que ele deva se tornar” (p. 134).

Em conferência ministrada a um grupo de psicanalistas, na 49ª Jornada da Escola da Causa Freudiana, Paul Preciado evoca a figura do “monstro”, que dá nome ao livro “Yo soy el muonstro que vos habla” (2020). Na obra, Preciado apresenta o texto integral que havia preparado para a ocasião, cuja maior parte foi impossibilitado de ler, devido ao furor das reações de protesto à sua exposição. O que poderia despertar tanta resistência por parte de um público composto por 3.500 psicanalistas? “Resistência”, aliás, é um eufemismo generoso para descrever as reações aos apelos de Preciado. Que tipo de exposição poderia levar alguém a clamar pela interdição do filósofo e compará-lo a Hitler? Por que ele não decididamente *não* podia falar?

Tanto efeito quanto condição de produção da subalternidade de determinadas posições sociais (mulheres, pessoas trans e travestis, pessoas negras, indígenas, amarelas, imigrantes oriundos do sul global etc.) em relação ao parâmetro universal de humano (branco, homem, cisgênero, europeu): a ideia de que somente as/les/os subjugadas/es/os são parciais na produção de conhecimento, de que o fato de em si de pertencerem a categorias “menores” os torna viesados e desqualifica as suas análises (Haraway, 2009). Aquelas/es/us que ocupam a norma gozariam do privilégio de dizer sem se implicar, de conhecer sem “contaminar” a pesquisa com sua personalidade. Afinal, a identidade “normal” sequer é lembrada como identidade (Silva,

2014) – quem ocupa essa posição é que, costumeiramente de forma acusatória, pode dizer que a/o/le outra/o/e é “identitária/e/o”. O universal não precisa de qualificador de gênero, de sexualidade ou de raça: ele apenas é. Silva (2014) nos lembra de que é “apenas em circunstâncias muito raras e especiais que precisamos afirmar que 'somos humanos'." (p. 75).

Haraway (2009) não abandona um projeto de objetividade, mas propõe outra perspectiva sobre essa categoria tão disputada: se é ficcional o saber descorporificado, a visão-de-Deus, a única possibilidade de alcançar a objetividade na ciência é apostando nos saberes localizados e parciais. Aqui, isso deixa de ser uma fragilidade e passa a ser uma potência. O que há de mais objetivo do que exercer a visão sobre determinados objetos de conhecimento *a partir* de sua situacionalidade?

A autora resgata outro sentido para a visão: distancia-se do olhar como função universal, porém concedida somente à categoria neutralizada, e que permite a ela

alegar ter o poder de ver sem ser vista, de representar, escapando à representação. Este olhar significa as várias tonalidades desagradáveis que a palavra objetividade tem para os ouvidos feministas nas sociedades científicas e tecnológicas, pós-industriais, militarizadas, racistas e dominadas pelos homens [...]. Gostaria de uma doutrina de objetividade corporificada que acomodasse os projetos científicos feministas críticos e paradoxais: objetividade feminista significa, simplesmente, saberes localizados. (Haraway, 2009, p. 18).

A visão, aqui, passa a ter natureza corpórea: a partir dela, produz-se outra epistemologia, outra forma de conhecer, que não pressupõe a universalidade, mas a parcialidade. Ao propor o empiricismo feminista, Haraway não está negando a objetividade, mas reivindicando-a:

[...] a objetividade revela-se como algo que diz respeito à corporificação específica e particular e não, definitivamente, como algo a respeito da falsa visão que promete transcendência de todos os limites e responsabilidades. A moral é simples: apenas a perspectiva parcial promete visão objetiva. [...] A objetividade feminista trata da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto. (Haraway, 2009, p. 21).

No entanto, não se trata de dizer que a verdade estaria nos grupos subjugados, tampouco de nos firmarmos na dicotomia natureza *versus* cultura. Reconhecer a natureza parcial e situada de todo saber é abrir mão da ideia de que se pode "conhecer" e "ver" a crueza das coisas, sem intermédio do corpo e das posições sociais que ocupamos, desde que assegurados os mecanismos de anulação do sujeito na produção de saber.

Preciado (2020), o “monstro”, pedia para falar. Pedia para ser escutado para além de sua suposta condição de “confuso de gênero”. Reivindicava um direito de dizer sobre si tão legítimo quanto aquele usufruído pelo saber psicanalítico; de falar na posição daquele que habita um corpo fronteiro, não-binário, ininteligível para a epistemologia da diferença sexual. Solicitava que o público diante de si reconhecesse a ancoragem das teorias psicanalíticas ao

regime da diferença sexual, segundo o qual o seu corpo somente pode ser lido como produto de um desvio patológico. Convocava seus relutantes ouvintes a localizarem histórica e geograficamente o seu saber, a situarem-no na epistemologia colonial e hetero-patriarcal que lhe é condição de possibilidade. As condições de possibilidade agora eram outras, anunciava Preciado; o deslocamento já era possível e necessário, tal qual ele mesmo tem feito através de seu corpo, suas práticas e seus desejos insurgentes ao longo da vida: Preciado buscou uma saída para o regime da diferença sexual.

Uma saída, ressalta o filósofo, não se coloca como possibilidade de salvação ou de libertação. Trata-se de uma jaula que, diferentemente do regime de sexuação vigente, sabe-se jaula. Uma jaula em seus próprios termos. Não há interior e exterior demarcados, tampouco linha de chegada. Há uma zona fronteira de (in)inteligibilidades (Butler, 1990; Butler, 2004) que se desloca e se remodela continuamente, ganhando novos limites e novos contornos. Preciado se descreve como um homem trans não-binário. Assim como outros corpos fronteiros, o seu escapa à expectativa de coerência do sistema sexo-gênero-desejo que regula a matriz de inteligibilidade cultural em torno dos gêneros, segundo a qual a diferença sexual binária é constituinte fundamental do humano, bem como dos desejos e das encarnações de gênero que dela virão.

A potência da insurgência está posta; os limites da inteligibilidade estão sendo disputados micropoliticamente nas práticas de si, na reinvenção permanente nos modos de encarnar o gênero. Do outro lado, o saber/poder médico, científico e jurídico-administrativo, produtores e reificadores do regime da diferença sexual, compõem um campo de forças que sustentam a pertinência da análise sobre as condições da humanização e de sujeição; como aludido anteriormente, uma problemática desenvolvida pelo filósofo estadunidense Judith Butler. Na introdução de *Undoing Gender*, Butler (2004) aborda a produção diferencial do humano adotando como ponto de partida a tradição hegeliana, que afirma o reconhecimento como a experiência através da qual os indivíduos são constituídos como "seres socialmente viáveis" (p. 2). Le autore, no entanto, se desloca dessa concepção ao considerar que o reconhecimento, embora condicionante, não é determinante da humanização, como explica a seguir:

Os termos pelos quais somos reconhecidos como humanos são articulados socialmente e cambiáveis. E, algumas vezes, os termos que conferem "humanidade" a alguns indivíduos são justamente aqueles que privam certos outros indivíduos da possibilidade de alcançar esse status, produzindo uma diferenciação entre o humano e o menos-que-humano. [...] O humano é entendido diferencialmente a depender de sua raça, da legibilidade dessa raça, de sua morfologia, da reconhecibilidade dessa morfologia, de seu sexo, da verificabilidade perceptual desse sexo, de sua etnia, do entendimento categórico dessa etnia. **Determinados humanos são reconhecidos**

como menos que humanos, e essa forma de reconhecimento qualificado não conduz a uma vida viável. (Butler, 2004, p. 2, grifo meu).

Ao campo do *menos que humano* são relegados, assim, aqueles corpos que não podem ou que se recusam a ser reconhecidos nos termos normativos que demarcam os limites da humanidade. O “monstro” que escapa da diferença sexual, do gênero e do desejo normativos pode fugir da esperada coerência por distintas vias e posições identitárias; em quaisquer deles, o destino tem sido, historicamente, o controle regulatório dos corpos e das sexualidades (Foucault, 1985; Butler, 2004; Preciado, 2020). Contudo, uma diferenciação se faz necessária aqui. Tomo emprestadas as palavras de Carla Rodrigues e Paula Gusman (2021) para pontuar que, se outrora as homossexualidades ocupavam a posição de “paradigmaticamente abjeto”, hoje ganham destaque no debate público as transgeneridades, transexualidades, travestilidades e as intersexualidades.

Ao passo que a homossexualidade foi retirada da lista de doenças mentais em 1990, a luta pela despatologização das identidades trans segue em curso. Não se trata de dizer que as homossexualidades são hoje plenamente legíveis, dado que seguem contestando a convergência da matriz de inteligibilidade heterossexual, mas que essa linha sempre móvel da legibilidade e da pensabilidade situa as homossexualidades e bissexualidades em zonas mais assimiláveis culturalmente do que as identidades trans e os corpos intersex. Em se tratando desses dois últimos, Butler (2004) reconhece uma aparente oposição entre algumas das reivindicações de movimentos trans e intersexo, mas os desafia imediatamente para aproximá-los. Enquanto os movimentos trans reivindicariam, com frequência, o direito a cirurgias eletivas, os movimentos intersex se empenhariam pela abolição das cirurgias forçadas que pretendem corrigir sua anatomia. No entanto, “ambos desafiam o princípio de que um dimorfismo natural deveria ser estabelecido ou mantido a qualquer custo” (Butler, 2004, p. 6).

Um caso bastante emblemático das práticas coercitivas de “adequação” das vidas intersex é o de Herculine Barbin, uma pessoa dita “hermafrodita” que viveu na França, no século XIX e foi designada com o sexo feminino ao nascimento. Após confessar a um médico e a um padre o seu relacionamento com uma mulher, Herculine foi legalmente coagida a assumir identidade masculina, o que culminou em seu suicídio.

Em 1978, Foucault (1982) organizou, prefaciou e publicou a obra “Herculine: O Diário de Um Hermafrodita”, que traz a público um diário de memórias deixado por Barbin. No prefácio, que Foucault (1982) abre com a pergunta “Precisamos *verdadeiramente* de um *verdadeiro* sexo?” (p. 1), ele observa que, a partir do século XVIII, firmou-se no campo da medicina a crença de que um indivíduo não poderia pertencer a mais de um sexo. Os sujeitos

chamados hermafroditas eram concebidos, portanto, como “pseudo-hermafroditas”. Cabia ao médico, nesses casos, investigar e desnudar o “verdadeiro sexo” das pessoas intersexo, aquele que estaria por detrás da aparência “confusa” e “enganadora” das características sexuais ambíguas. Não somente a anatomia estava em questão, mas também a obrigatoriedade de assunção dos papéis sociais atribuídos ao seu “sexo verdadeiro” e de manifestar uma sexualidade orientada para o seu oposto no binário masculino-feminino.

Aliadas ao poder jurídico, as prescrições do saber médico assumiram a força da lei, firmando a legitimidade de seu “dizer verdadeiro” a respeito do dimorfismo sexual. Para Foucault (1982), isso representa o “desaparecimento da livre escolha” (p. 3), de modo que não mais caberia “ao indivíduo decidir o sexo a que deseja pertencer jurídica ou socialmente”, mas, ao contrário, era legítimo “ao perito dizer que sexo a natureza escolheu, e que conseqüentemente a sociedade exigirá que ele mantenha.” (p. 3).

Butler (1990) tece críticas à leitura de Foucault sobre o caso de Herculine. Le filósofe afirma que o francês romantiza as experiências de Barbin antes da assunção de um papel social masculino. De fato, quando Foucault (1982) se remete ao cotidiano do colégio de freiras onde Herculine estudava, ele descreve sua experiência como “o limbo feliz de uma não-identidade” em “um mundo de prazeres, tristezas, tepidez, doçuras, amarguras, onde a identidade dos parceiros e sobretudo o enigmático personagem em torno do qual tudo se desenrola, não tinha nenhuma importância” (p. 6). O que Butler (1990) contesta em sua leitura é, em parte, a aparente negligência de Foucault em relação aos relatos de Herculine, que, contrariamente ao que o historiador alegava, remetiam a uma condição de permanente de vitimação e de um intenso sofrimento que acompanhava sua ilegibilidade perante os demais e a si mesma. Para le filósofe, Foucault alude a um sexo e uma sexualidade aparentemente pré-discursivos, livres de coerções normalizadoras, carregados de um ideal emancipatório e que, em suma, remetem a uma sexualidade “pura” que estaria por detrás das amarras das relações de poder.

Os esquemas de produção de coerência na esfera da cis-heteronormatividade se mostram, portanto, profundamente intrincados. Entre o fazer das ciências que inspencionam a alma e o corpo para buscar neles a sua “verdade” – do sexo, do gênero e da sexualidade –, que o submetem à violência das patologizações e das normalidades coercitivas, o *gênero* ganha centralidade como condição de humanidade (Butler, 1990). Primeiro, num sentido mais fundamental, da suposição de que haveria em cada um de nós uma *substância* generificada ontológica; e, segundo, na produção compulsória da matriz heterossexual. A respeito disso, Bento (2014) comenta que o gênero “só é reconhecível, só ganha vida e adquire inteligibilidade

[...] em corpos-homens e corpos-mulheres” e que, portanto, “a reivindicação última das pessoas trans é pelo reconhecimento social de sua condição humana.” (p. 51).

Segundo a leitura de Rodrigues e Gruman (2021), a categoria da *inteligibilidade* é o fio que interliga as dimensões da abjeção e da produção das vidas não-enlutáveis na obra de Butler. Essas posições todas coincidem com os *menos que humanos* que habitam os corpos ilegíveis, impensáveis, invivíveis. Até mesmo se referir a essas vidas como “sujeitos” pode consistir num exercício performativo de produção da realidade, de alargamento das margens de inteligibilidade, de abertura de possibilidades para a sujeição. Digo isso porque, como nos explicam as autoras que acabo de citar, a abjeção consiste num movimento de expulsão de uma parcela inaceitável do sujeito para um campo alheio a si, com o qual a identificação não é possível, uma vez que ininteligível para os esquemas normativos que definem os contornos de humanidade. Assim, a sujeição (o processo de tornar-se sujeito) e a abjeção (o processo de tornar-se abjeto) não se opõem, mas, em vez disso, a primeira necessita da segunda. O sujeito ganha contornos na medida em que, ao se identificar com seus traços abjetos, ele os expulsa, fronteirizando e fortificando os limites do “eu” contra o abjeto.

É importante mencionar, aqui, a filiação psicanalítica da noção de abjeção, a qual Butler toma emprestada da psicanalista Julia Kristeva. O que Butler faz, então, é formular os processos de materialização da norma nos domínios sociais através do movimento da abjeção. O ininteligível para a norma se constitui, por via da expulsão, como o “rejeito”, como o “inumano” ou o “humanamente impensável” (Rodrigues; Gruman, p. 81). Nesse sentido, “o sujeito está próximo do que é considerado uma vida que importa” (p. 78).

Tão importante quanto visibilizar tais fronteiras e os processos de inclusão/exclusão que as demarcam, é lembrar que o abjeto, assim como o sujeito, não está ontologicamente pré-determinado. O campo de inteligibilidade é sempre instituinte, sempre passível de incluir o que outrora excluiu ou vice-versa. É nesse sentido que o “monstro” (Preciado, 2020) opera dentro dos campos do ilegível para abrir possíveis zonas de inteligibilidade, sem, no entanto, buscar categorizá-las ou definir antecipadamente a arquitetura de sua “jaula”. Talvez se possa dizer que, semelhante ao modo como as linhas de fuga operam no plano das *forças* e não das *formas* (Deleuze; Parnet, 1998), o “monstro” inventa caminhos desconhecidos e indeterminados para o que talvez um dia venha a ser lido como humanamente possível.

3.3 (Cis)normatividades trans: o gênero como diagnóstico

Os debates em torno das transgeneridades, transexualidades e travestilidades há muito ocupam um campo de disputas entre saberes, instituições e ativismos trans. Longe de abarcar interesses homogêneos, mesmo entre as pessoas trans e travestis, esse domínio tem sido historicamente colonizado pelo discurso científico, sobretudo pela medicina, psiquiatria, psicologia e psicanálise. São campos que têm longamente se apropriado das concepções de transexualidade por vias diagnósticas e patologizantes (Butler, 2004; Butler, 2009; Bento, 2009; Bento; Pelúcio, 2012; Bento, 2014; Mack, 2015; Favero; Souza, 2019; Preciado, 2020; Rodrigues; Carneiro; Nogueira, 2021; Dominic, 2021). Desse modo, a própria construção das identidades trans está imbricada com as possibilidades de dizer próprias ao nosso tempo, cujo regime de veridicção se pauta na razão científica (Foucault, 1985).

Rodrigues, Carneiro e Nogueira (2021) traçam uma cronologia da medicalização das transexualidades, assinalando os acontecimentos que têm feito parte dessa história há mais de um centenário. Já no início do século XX, o médico e sexólogo Magnus Hirschfield distinguia a chamada "orientação do desejo" (o que hoje conhecemos como "orientação sexual") da identidade de gênero, que à época ainda não era conhecida por esse termo. Hirschfield, um dos primeiros autores a empregar o termo "transexual", foi contemporâneo de Eugen Steinach, pesquisador no campo da endocrinologia. Nutrindo-se dos estudos precursores de Steinach em animais, Hirschfield desenvolveu técnicas para realizar as primeiras cirurgias da chamada "mudança de sexo" (atualmente cunhada como "cirurgia de redesignação sexual", embora não envolvesse, à época, os mesmos procedimentos que hoje são realizado). Essas primeiras cirurgias foram realizadas ao longo da década de 1920 e início dos anos 1930, no *Institute for Sexual Science*, fundado por Hirschfield, em Berlim.

Essas primeiras intervenções médicas e cirúrgicas foram realizadas em mulheres trans (pessoas que, ao nascer, tiveram-lhe atribuído o sexo masculino, mas que se identificavam com o gênero feminino). Embora essas tenham se dado logo nas primeiras décadas do século que nos antecede, as autoras e o autor situam a produção nosológica da transexualidade mais adiante – especificamente, em 1952, com as intervenções cirúrgicas realizadas em Christine Jorgensen, na Dinamarca. O caso de Jorgensen foi amplamente midiaticizado, ao contrário das cirurgias realizadas anteriormente em outros países europeus. Com a crescente visibilidade desse tipo de procedimento, a prática se difundiu globalmente e tornou-se amplamente adotada como o "modelo médico de intervenção em pessoas que não conformavam as normas de gênero" (Rodrigues; Carneiro; Nogueira, 2021, p. 3). Griffiths (2023) assinala que a abordagem do caso

nas mídias permitiu a construção de uma narrativa sobre a transgeneridade aliada às performances normativas de gênero.

Considerando ainda os impactos do trabalho de Hirshfeld, Mack (2015) explica que suas teorias impulsionaram uma gradativa separação entre as noções de gênero e sexualidade ao longo do século XX. Nesse movimento, as concepções de "travestismo" e "transexualismo" passaram a ser compreendidas, em alguns setores teóricos da sexologia, como categorias que diziam das expressões e identificações de gênero, ao passo que a homossexualidade assumia o papel de categoria referente à escolha de objeto sexual. Antes disso, as categorias de gênero e sexualidade eram unidas em uma só, como Mack (2015) mostra a respeito do trabalho do psiquiatra alemão Richard von Krafft-Ebing. Em sua obra *Psychopathia Sexualis*, publicada em 1887, Krafft-Ebing afirmava a homossexualidade como uma variação de gênero: o desejo sexual homo-orientado, para ele, era a marca de um psiquismo correspondente ao gênero oposto.

Essa primeira diferenciação entre categorias de gênero e de sexualidade, contrariamente ao que se poderia imaginar, não emancipou os gêneros e as sexualidades da matriz de convergência sexo-gênero-desejo. Favero (2020b) explica que a cisgeneridade está incrustada como norma epistemológica das ciências. Os trabalhos de Bento e Pelúcio (2012), Favero (2020b), Dominic (2021) mostram que esses pressupostos estão presentes ainda hoje. Uma das formas em que isso aparece é na pressuposição de que pessoas trans devem ser obrigatoriamente heterossexuais – um critério frequentemente analisado, inclusive, nos processos de avaliação psicológica para a realização de procedimentos cirúrgicos via o Processo Transexualizador, instituído pela portaria nº 2.803/2013, que “redefine e amplia as normas para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2013b, não paginado). Indivíduos que optam pela cirurgia de transgenitalização (e outros procedimentos cirúrgicos, tais como a histerectomia, a mastectomia e a tireoplastia) necessitam se submeter ao acompanhamento contínuo, durante o período de dois anos, por equipe multidisciplinar. Obrigatoriamente, toda equipe deve incluir pelo menos um psicólogo ou psiquiatra que acompanhará o/a/e paciente em todas as etapas dos processos pré e pós-operatório.

A função do acompanhamento não é apenas oferecer assistência às/aes/aos usuárias/es/os, mas, também, averiguar a legitimidade de sua demanda através do processo diagnóstico. Para ter acesso aos procedimentos citados, exige-se que a pessoa atenda aos critérios diagnósticos de “Transexualismo”, que pertence à categoria dos “Transtornos de Identidade Sexual” da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição). Trata-se, assim, da produção de um sujeito diagnosticável, patologizado e cujas possibilidades de

reconhecimento estão circunscritas a um estreito campo normativo. Borba (2016), ao problematizar as diretrizes do Processo Transexualizador pelo SUS, argumenta que a atuação dos profissionais de saúde tende a recair na busca e na produção da figura do “transexual verdadeiro”. Segundo o autor, os critérios diagnósticos de que dispõem, ainda que recontextualizadas, mantêm relação com teorias do século XX – notadamente, as do psicanalista Robert Stoller e do endocrinologista Henry Benjamin – que determinavam os parâmetros de uma “verdadeira” patologia transexual baseada na experiência da disforia em relação ao corpo, na orientação do desejo sexual e na assunção de papéis sociais normativos.

Afinal de contas, pelas lentes da matriz de inteligibilidade heterossexual, que sentido faria “tornar-se” mulher quem não deseja se relacionar com homens? Da mesma forma, os homens trans gays e bissexuais permanecem ilegíveis à norma. As transnormatividades produzidas pela medicalização/psiquiatrização seguem seu curso, seu trânsito para terrenos ainda desconhecidos, para (des)identificações de gênero (Bonassi, 2022), tais como as possibilidades não-binárias. Afastam-se da possibilidade de captura, mas a tradição nosológica resiste como mecanismo de regulação não apenas do acesso a determinados procedimentos, mas ao próprio gênero – na medida em que condiciona a legibilidade dos gêneros a caminhos estreitos, ela tem papel em produzir a própria demanda que pretende atender (Henriques; Leite, 2019).

A transexualidade recebe os seus primeiros contornos nosológicos, segundo Rodrigues, Carneiro e Nogueira (2021), quando o endocrinologista Harry Benjamin estabelece os seus critérios diagnósticos, pela primeira vez, no livro "The transexual phenomom", obra creditada por popularizar o uso do termo "transexual". Nesse cenário, a obra torna-se fundamental para consolidar a apropriação da transexualidade pelo campo da medicina.

Bento (2017) e Rodrigues, Carneiro e Nogueira (2021) explicam que, assim como Hirschfield, Harry Benjamin preocupava-se em distinguir as experiências de pessoas transexuais das homossexualidades. O endocrinologista localizava na relação com a genitália (de abjeção/rejeição ou de aceitação) a fronteira entre a homossexualidade e a transexualidade. Esse postulado dá sustentação, então, à sua noção de "transexual verdadeiro". A figura do "transexual verdadeiro", engendrada nas redes de saber/poder das ciências médicas, seria aquele que nutre um sentimento de abjeção em relação à própria genitália e inequivocamente o rejeita. Bento (2017) ressalta que isso reduz a totalidade da experiência transexual à genitália. O "verdadeiro

transexual", nessa perspectiva, seria incapaz de usufruir do prazer genital, fazendo dele⁷ um ser assexuado.

A socióloga argumenta, na contramão dessa formulação essencialista e normalizadora, que a categoria da disforia está ligada à dimensão do reconhecimento social, indicando que, para uma parcela das pessoas trans, a cirurgia de transgenlitalização pode significar uma via para ter seu gênero reconhecido socialmente. Cabe citar, nessa direção, a pesquisa de Oliveira e Romanini (2019), que emprestaram sua sensibilidade à construção de narrativas com mulheres trans e nos contam, entre outras histórias, a de Bruna, que precisou adotar "estratégias de negociação", as quais envolvem a sua passabilidade, para encontrar aceitação na família e nas relações sociais. É algo que tem duplos efeitos: ora restringe sua liberdade, ora lhe confere maior inteligibilidade em seu meio.

Diante das narrativas que reconstroem no artigo, a autora e o autor consideram que os reducionismos "de caráter biológico, patológico ou moralizante não dão conta de explicar a complexidade e a heterogeneidade que há nas histórias de vida dessas mulheres", inexistindo qualquer traço de universalidade que sustente um único modo de ser trans (Oliveira; Romanini, 2019, p. 440). Embora a maioria das narrativas digam do desejo pela cirurgia transgenitalizadora, nem todas o fazem; e, entre as que o fazem, os motivos expostos são diversos. A necessidade de reconhecimento e inteligibilidade social, por sua vez, é um fio que perpassa todas essas narrativas.

Aqui, cabe interrogarmos os pressupostos medicalistas a respeito das identidades trans e travestis: é possível separar da necessidade social de reconhecimento o desejo de se "ajustar" à morfologia lida como feminina (no caso de travestis e mulheres trans) ou masculina (no caso de homens trans)? De não ter posta em xeque a legitimidade de seu gênero? Como venho argumentando, na esteira de Butler (2004), não se pode ignorar que um maior grau de inteligibilidade cultural também torna uma vida mais propensa a ser qualificada como humana e, portanto, mais *vivível*. Se assumirmos a inextricabilidade desses processos, poderemos compreender como a disforia é uma categoria *possível* nas experiências trans e travestis, mas não *necessária*, tendo em conta a pluralidade dos modos de habitar o corpo entre pessoas trans e de engendrar suas existências.

Os saberes, nessa tônica, engendram suas disputas em torno das narrativas sobre as transgeneridades, travestilidades e transexualidades. Nem mesmo a medicalização/psiquiatrização é um processo unívoco. Se Harry Benjamin propunha as

⁷ O uso do masculino condiz com a forma com que as obras citadas discutem a figura do "transexual verdadeiro" de Benjamin.

intervenções cirúrgicas e hormonais como os únicos *tratamentos* possíveis para a *condição* transexual, isso colidia com a posição “dos profissionais da psicologia, psiquiatria e psicanálise, sempre reticentes às intervenções corporais como alternativas terapêuticas” (Bento; Pelúcio, 2012, p. 571). Sabe-se, então, que as vozes não são consonantes mesmo entre os saberes que participaram das categorizações nosológicas das dissidências de gênero.

Não obstante, a hormonização e a cirurgia são indicadas pelo *Standards of Care (SOC)*, primeiro manual a regular os protocolos de avaliação, diagnóstico e intervenções terapêuticas para “tratar” a transexualidade. O manual, produzido e publicado em 1979 pela *Harry Benjamin Association*⁸, recomendava a divisão do processo em duas etapas: primeiro, o tratamento hormonal e, posteriormente, a cirurgia, caso esta fosse autorizada por dois/duas/dues profissionais avaliadoras/es/ies (psicólogas/os/ues ou psiquiatras).

É notável a semelhança que esse protocolo, desenvolvido em um contexto norte-americano há mais de 40 anos, carrega com os padrões de assistência às pessoas trans em vigência no Brasil atualmente. O caráter medicalista, patologizante e vertical do Processo Transexualizador – que solicita o aval de um/a/e profissional de saúde para recomendar ou desautorizar procedimentos cirúrgicos –, aliado à produção e à manutenção de categorias diagnósticas, mantém vivas as transnormatividades binarizadas e heteronormativas de outrora, embora hoje já com algumas rupturas em curso.

David Cauldwell, Robert Stoller e John Money foram outros nomes importantes na produção de uma base nosológica e conceitual sobre a transexualidade, conforme Mack (2015) elabora em sua dissertação de mestrado. Cauldwell, psiquiatra inglês, em sua obra *Psychopathia Transsexualis* (1949), distinguia a transexualidade da categoria *travestismo* com base na disforia corporal: a marca definidora do “transexualista” era o ódio à própria genitália e o desejo de removê-la. Uma construção muito próxima à de Benjamin com sua figura do “transexual verdadeiro”. Embora Cauldwell tenha enfatizado, em parte de sua obra, a disfuncionalidade do ambiente familiar na infância como um fator etiológico da transexualidade, o psiquiatra reconheceu, mais tarde, não observar essa propensão em pessoas transexuais.

John Money, psicólogo neozelandês e contemporâneo de Benjamin, é creditado pela invenção do termo “gênero”. Foi quem tratou de distinguir os papéis sociais e as dinâmicas de pertencimento baseadas no gênero da noção tradicional de “sexo”, introduzindo o conceito de gênero como correspondente a uma identidade psicossocial. Isso abriu precedentes para a

⁸ Mais tarde, com a elaboração da noção de “disforia de gênero”, a organização adotou o nome *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA)*. Atualmente, recebe o nome *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*. (Mack, 2015).

elaboração da noção de "disforia de gênero", cunhada em 1973 por Money e pelos médicos Norman Fisk e Donald Laub. O termo, que pressupunha uma discordância entre o sexo biológico e a identidade psicossocial, indicava a necessidade de intervenção cirúrgica e tratamento hormonal a fim "corrigir" a "incongruência" e aliviar o desconforto por ela suscitado.

Mais tarde, Robert Stoller marcou a incursão dos saberes psi na produção da transexualidade como categoria nosológica. Foi o primeiro psicanalista a recomendar a cirurgia de redesignação sexual e, além disso, responsável por elaborar, a partir das teorizações de Money, a ideia de "identidade de gênero", em 1964. Diferentemente de concepções taxativas que, até então, supunham como absoluta a identificação de um sujeito com os papéis de determinado gênero, esse novo conceito fazia referência a algo que se pode entender como um espectro: a masculinidade e a feminilidade habitaria todos os sujeitos em alguma medida e de diferentes maneiras. A "condição biológica" de ser homem ou mulher, entretanto, não lhe parecia tão maleável. Masculinidade e feminilidade eram alusivas ao "ser homem" e ao "ser mulher", respectivamente, como categorias de gênero – dicotomizado com um sexo biológico fixo e imutável. Stoller foi ainda adiante, postulando três categorias relacionadas à estrutura psicosexual, a saber: "o sexo biológico, o papel de gênero social e uma identidade de gênero subjetiva ou 'psicológica'" (Mack, 2015, p. 41).

Apesar da complexidade e maleabilidade que, nesse período, foram ganhando os conceitos de gênero (e noções derivadas como "disforia de gênero" e "identidade de gênero"), observa-se a fixidez absoluta do lugar que o corpo ocupava nessas teorias: ser homem e ser mulher eram funções do corpo. Supunha-se possível pertencer a outro gênero, mas sempre o corpo "correto" haveria de acompanhá-lo. Sobre esse ponto, Dominic (2021) discute a produção do discurso que supõe pessoas trans como habitantes de um "corpo errado". No processo de medicalização da transexualidade, esse é assumido como o seu aspecto central e definidor. Como vimos antes, com Bento (2017), esse enquadre da transexualidade invisibiliza pessoas trans que não possuem a disforia como marca central de sua relação com o próprio gênero. Dominic (2021) e problematiza esse fato para além das sociedades ocidentais, argumentando que uma miríade de experiências de gênero de culturas não-ocidentais é inteiramente desconsiderada pelas conceituações centradas na noção do corpo como um "erro", uma vez que não se enquadram nesse modelo. Violet Anzini (2021), nessa direção, denuncia que a própria construção do olhar científico sobre os corpos e as experiências de gênero de sociedades não-ocidentais se dá através de lentes que essencializam os binários homem/mulher, macho/fêmea e o dimorfismo sexual como uma realidade universal.

Henrique e Leite (2019) discutem o uso do termo "Culture-Bound Syndrome" (em português, "Síndromes Ligadas à Cultura"), que foi incorporada no DSM-4 como alternativa a termos como "psicoses étnicas, neuroses étnicas, psicoses históricas, exóticas ou atípicas e síndrome e síndromes reativas à cultura" (p. 3). A quinta edição do DSM segue operando com a noção de uma "síndrome cultural". O que essa classificação faz é distinguir os transtornos que seriam condições específicas a determinadas culturas daqueles que supostamente ultrapassam qualquer barreira cultural e geográfica. Os autores argumentam que a alcunha de "síndrome cultural" poderia, a partir desse critério, se estender a praticamente todos os diagnósticos classificados no DSM-5, os quais seriam "produtos da própria cultura estadunidense e vendidos sob o rótulo de universais.

O atual diagnóstico de Disforia de Gênero não está classificado como síndrome cultural; entra na lista dos diagnósticos "universais". Para os autores, a construção de uma "transexualidade" medicalizada, submetida à cisnorma, é parte de um projeto expansionista da Associação Americana de Psiquiatria, "que dissemina seus particularismos como sendo algo universal" (p. 3), contribuindo para estigmatizar identidades locais, que escapam ao binarismo da "disforia", tal como a travesti brasileira. A norma psiquátrica passa a funcionar, também, como uma ferramenta de distribuição de legibilidade, de humanidade: uma pessoa trans pode ter seu gênero mais facilmente compreendido e assimilado desde que responda aos critérios diagnósticos. Assim, a empreitada expansionista produz transnormatividades globais, determinando a ontologia do gênero e estendendo o projeto colonial para a atualidade.

A noção de "corpo errado" é compatível, segundo Dominic (2021), com uma variedade de etiologias pressupostas para a transexualidade. Essas incluem explicações genéticas, biológicas e ambientais (incluindo aquelas produzidas pelos campos *psi*), tais como: a presença de genes ligados à identidade de gênero nos cromossomos sexuais, que poderia vir a ser descoberta futuramente (Harry Benjamin); a exposição hormonal atípica no ambiente uterino (Harry Benjamin e Ethel Person); a crença de que a transexualidade era suscitada pelo medo da castração (Emil Gutheil); a disfuncionalidade da relação com os pais, de modo que a transexualidade seria causada pela ausência/distância da figura paterna e presença excessiva da figura materna (Stoller); e, por fim, falhas com o *imprinting* ligadas ao condicionamento na infância (Richard Green e John Money).

Como fruto dessa expressiva teorização ao longo do século XX, em 1965 aparecia, pela primeira vez, o diagnóstico de "travestismo" na oitava edição (1965) do CID - Código Internacional de Doenças, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O termo continuou presente na edição subsequente, publicada em 1975, que também introduzia o

diagnóstico de “transexualismo”, ambas ocupando a categoria de “desvios sexuais”. Essa mesma classificação foi atribuída ao diagnóstico de “travestismo” na segunda edição do DSM – Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, publicado pela American Psychiatric Association em 1968 (Soll *et al.*, 2018).

Apesar das divergências entre os teóricos da transexualidade, tanto em termos etiológicos quanto nas perspectivas de tratamento, o diagnóstico médico-psiquiátrico do chamado “transexualismo” (termo ausente na edição anterior) entrou na categoria de transtornos psicosexuais, em 1980, com a publicação do DSM-III. O primeiro critério diagnóstico para o “transexualismo” apresentado pela edição é o desconforto e o sentimento de inadequação em relação ao "sexo anatômico", seguido pelo desejo de eliminar a própria genitália e "viver como um membro do outro sexo" (APA, 1980, p. 263). O manual faz coro, portanto, às teorizações de Benjamin e Stoller, distinguindo o "travestismo" (classificado como parafilia) do "transexualismo" com base na disforia corporal. Tal sentimento de inadequação foi também critério diagnóstico do "transtorno de identidade de gênero na infância", ao passo que outras manifestações de insubordinação às normas de gênero poderiam ser classificadas como "transtorno de identidade de gênero atípico".

Na décima edição do CID (1990), o acento na disforia corporal como critério diagnóstico é ligeiramente abrandado pela ressalva de que "usualmente" a identidade de gênero no "transexualismo" vem acompanhada do desejo de realizar transformações corporais. No entanto, o manual reafirma o caráter normativo da noção de pertencimento a um corpo "errado" ao nomear esse desejo como a busca por "tornar seu corpo tão **congruente** quanto possível com o sexo preferido" (1990, [n.p.], grifo meu). Quatro anos mais tarde, a quarta edição do DSM (1994) reafirma o compromisso com o dimorfismo e a busca por uma “‘coerência’ entre sexo, gênero e sexualidade” (Bento; Pelúcio, 2012, p. 571).

Algumas mudanças terminológicas foram adotadas a partir do DSM-IV: cai o diagnóstico de “transexualismo” e, em seu lugar, passam a ocupar a categoria "perturbações sexuais e de identidade de gênero" os diagnósticos de "transtorno de identidade de gênero na infância", "transtorno de identidade de gênero em adolescentes e adultos" e "transtorno de identidade de gênero não especificado". Já o DSM-5, publicado em 2015, é a edição mais atual do manual e inclui a categoria "disforia de gênero", eliminando o termo "transtorno" para se referir às variações de gênero.

Se percebemos uma suavização da linguagem diagnóstica sobre as transexualidades, travestilidades e transgeneridades, é porque ela é fruto de intensas mobilizações pela despatologização das identidades trans. Um dos pontos de mobilização do debate é a campanha

Stop Trans Pathologization. Quando Bento e Pelúcio (2012) escreviam a respeito desses movimentos, a campanha havia se internacionalizado e se espalhado por mais de 29 países. À época, a quinta versão do DSM ainda estava em elaboração e não havia sido divulgada. Foi uma época de intenso clamor dos ativismos trans pela retirada das transidentidades das categorias de transtornos mentais e pelo fim da tutela psiquiátrica sobre o acesso a intervenções hormonais e cirúrgicas. É, em essência, um movimento contrário à medicalização das identidades trans e travestis e à produção de transnormatividades ensejada pelo poder/saber biomédico. Uma tentativa de resgate da autonomia de pessoas trans para dizerem de suas experiências sem a pressuposição dos "saberes científicos como os únicos capazes de dar respostas acertadas às vivências que desafiam as normas de gênero" (Bento; Pelúcio, 2012).

Girotto et al. (2021) acompanharam os debates anteriores ao lançamento da CID-11 no contexto do Núcleo Trans e no Ambulatório de Atenção Integral à Pessoa Trans da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Em 2019, já era prevista a mudança terminológica e classificatória dos diagnósticos relacionados à identidade de gênero: o chamado "transtorno de identidade de gênero" receberia o nome "incongruência de gênero" e seria removido do capítulo "transtornos de personalidade e comportamento". Todavia, o subcapítulo "transtornos de identidade de gênero" não desapareceu do manual, tendo apenas sido deslocado para o capítulo "condições relacionadas à saúde sexual".

No ano de 2019, em debate entre profissionais, ativistas, usuários, pesquisadores e alunos envolvidos com o ambulatório em questão, mantinham-se ressalvas em relação à manutenção das variações de gênero no catálogo de doenças, mas acreditava-se que a mudança terminológica seria um primeiro movimento em direção à despatologização. Além disso, com a retirada da transexualidade da categoria de transtornos mentais, havia expectativas em relação à conquista de maior autonomia para que as pessoas trans decidissem sobre as formas de cuidado em saúde e procedimentos que desejassem, sem o tutelamento do "domínio psi". Houve, também, críticas de usuárias/es/os, ativistas e profissionais em relação aos usos dos termos "incongruência" e "discordância" no manual. Problematizava-se o enquadramento binário que subjaz a essas noções, as quais pressupõem uma coerência cis-heteronormativa (produtora de uma transnormatividade, como vimos) entre corpo, desejo, práticas e identidade de gênero.

A respeito da alteração terminológica no DSM-5, Favero e Souza (2019) argumentam que "ela parece ter afetado somente as camadas superficiais, uma vez que se dedicou a mudar uma expressão tida como pejorativa, mas manteve o diagnóstico de gênero e determinadas diretrizes para efetivá-lo" (p. 306). Para as autoras, o fato de o manual ter "desenvolvido um

olhar mais plural acerca da transexualidade” (p. 306), descentrando o diagnóstico das questões relativas à cirurgia e ao tratamento hormonal, não diminui o seu poder de tutelar e (des)legitimar as identidades trans, uma vez que segue defendendo a sua avaliação médico-psiquiátrica. As ciências médicas e *psi* mantêm-se, portanto, como o lócus do “dizer verdadeiro” sobre as transgeneridades, travestilidades e transexualidades.

Marcia Santos (2022) pontua que, desde sua institucionalização no Brasil, a assistência em saúde às pessoas trans (especificamente no que se refere às intervenções cirúrgicas e hormonais) tem sido um processo marcado pela psiquiatrização das experiências trans e pela verticalização na relação entre os usuários e os profissionais. Quando foram autorizadas no Brasil, pelo conselho Federal de Medicina, através de sua resolução nº 1482/1997, as cirurgias de transgenitalização eram praticadas em caráter experimental, em instituições universitárias e privadas. Santos (2019) escreve que, à época, a realização do procedimento era orientada por protocolos outorgados pela Fundação Harry Benjamin. É explícito o teor patologizante da linguagem adotada na resolução, diferentemente da linguagem mais branda utilizada nas revisões recentes dos manuais diagnósticos. O texto da normativa define o “paciente transexual” como aquele que sofre de “desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenotipo [sic] e tendência à auto mutilação [sic] e ou auto-extermínio” (CFM, 1997, [n.p.]”.

Essa associação, presumivelmente inextricável, entre as identidades trans e travestis, e um profundo desconforto em relação ao próprio corpo (ou seja, à sensação de habitar o “corpo errado”) reforça uma narrativa cujo efeito é a crença de que ser trans equivale a sofrer (Bento; Pelúcio, 2012). Não um sofrimento de ordem social, fruto das violências sofridas, mas um sofrimento inerente e condicionante do diagnóstico. De um lado, o critério da “disforia” pode funcionar como mais um instrumento de *gatekeeping*, útil a uma concepção implícita e atualizada de “transexual de verdade”, ainda que hoje se admitam mais pluralidades. Um dos efeitos mais devastadores disso é barrar o acesso aos cuidados em saúde a pessoas trans que performam o seu gênero fora dos contornos transnormativos desenhados pelo saber médico-psi.

Outro efeito de instituir o sofrimento como um imperativo diagnóstico é o aprofundamento da patologização e estigmatização das pessoas e identidades trans a partir de uma visão suicidógena que, como colocam Bento e Pelúcio (2012, p. 576), as transforma em pessoas que precisam ser “protegidas de seus próprios desejos”, sujeitas ao tutelamento compulsório dos protocolos avaliativos em saúde. Um desses processos é o acompanhamento terapêutico, que o Conselho Federal de Medicina já havia instituído como obrigatório a quem desejasse a cirurgia de redesignação sexual. A exigência permaneceu quando foi instituído o

Processo Transexualizador, regulamentado pelo Ministério da Saúde e realizado via o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 1.707, de 2008.

Assim, o acesso a procedimentos hormonais e cirúrgicos seguiu subordinado aos protocolos diagnósticos. Além disso, o caráter restritivo, transnormativo e cis-heteronormativo do processo tornava-o sobremaneira excludente: ao condicionar o acesso às construções diagnósticas acerca da transexualidade, o Processo Transexualizador, inicialmente, não incluía as travestis e os homens trans. Foi somente mais tarde que, por meio da Portaria nº 2.803/2013, houve uma revisão e consequente ampliação da assistência ofertada, que passou a se estender também às travestis e aos homens trans. Favero e Souza (2019) assinalam que a nova portaria marca o esforço em descentralizar a cirurgia de transgenitalização do processo, ampliando as formas de assistência oferecidas. Ressaltam, contudo, que a lógica diagnóstica e avaliativa seguiu orientando o Processo Transexualizador.

Em 2018, um passo importante foi dado em direção ao direito de autodeterminação para pessoas trans. No ano em questão, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou o fim da obrigatoriedade de apresentar laudos psiquiátricos e psicológicos para a retificação dos documentos, sem que haja a necessidade de recorrer à autoridade dos campos *psi* para atestar a legitimidade nosológica da identidade do sujeito (Favero; Souza, 2019). Há, nesse caso, um primeiro deslocamento da função tuteladora das ciências da saúde nos processos de reconhecimento social das pessoas trans.

Outro movimento, nessa mesma direção, diz respeito aos posicionamentos oficiais do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP), uma vez que ambos já não descrevem as transexualidades como patologias. Os esforços pela despatologização das identidades trans têm sido ecoados, principalmente, pelo CFP, como pontuam Favero e Souza (2019). As autoras problematizam, contudo, o desencontro entre o apoio aos ativismos trans nessa luta e alguns dos posicionamentos do CFP sobre o papel do diagnóstico no Processo Transexualizador. Embora desaconselhe uma postura patologizante nos atendimentos a pessoas trans, além de se opor a terapias corretivas, o órgão mantém como pressuposto a necessidade do processo de avaliação psicológica. Essa posição parece sugerir que há ainda, embora de forma não declarada, a construção normativa de um diagnóstico que orienta a prática (Favero; Souza, 2019). Além disso, naturaliza o caráter compulsório do acompanhamento terapêutico, uma vez que esse condiciona o acesso à assistência prevista pela Resolução 2.803/2013.

As históricas mudanças nas nomeações dos diagnósticos relacionados à identidade de gênero, assim como fazer coro aos clamores pela da despatologização das identidades trans,

não são, por si só, suficientes para resgatá-las da tutela médico-psiquátrica e psicológica. Tanto o CFM quanto o CFP seguem defendendo, indiretamente, o lugar de seus respectivos campos profissionais como detentores da legitimidade para “dizer a verdade” sobre as experiências de pessoas trans. Seguem preconizando as práticas de avaliação ancoradas em diagnósticos que, paradoxalmente, afirmam não corresponder a patologias em suas narrativas institucionais. Em última instância, continuam a produzir transnormatividades ao modelo da cis-heteronorma, confinando-as ao espectro de inteligibilidade da epistemologizada da diferença sexual que sustenta os saberes médico-psi.

4. Consonâncias e dissonâncias

Proponho, neste capítulo, pensar a partir de perguntas disparadoras que são formuladas aqui a partir do que compreendi como uma parcela das concepções, das preocupações e das impressões que permeiam o fazer dos serviços e dos profissionais de saúde com quem dialoguei ao participar dos movimentos do AMBITRANS, na condição simultânea de pesquisadora e voluntária do ambulatório. E que parecem se inscrever nos saberes desses campos. Elas são traduções – no sentido de uma *produção atuante*, e não de *representação* (Medrado; Spink; Mélo, 2014) – de inquietações que foram mobilizadas no âmbito das práticas de saúde com pessoas trans e travestis no decorrer da pesquisa.

Os tópicos que escolhi para a análise são aqueles que me mobilizaram, que produziram intensidades (Medrado; Spink; Mélo, 2014; Deleuze; Guattari 1995) desde o percurso que traçamos na estruturação do ambulatório e nas integrações, capacitações e diálogos com outros operadores de saúde. Também compuseram a análise os movimentos que realizei, em virtude de estar inserida no AMBITRANS, com alunos de graduação dos cursos de psicologia e medicina.

Quem pergunta? As vozes não são unívocas, mas compartilhadas. Elas estão pulverizadas. Não se localizam em uma pessoa, em um serviço ou, sequer, em um único campo do saber. Há uma produção contínua de “problemas de gênero” (Butler, 1990) na saúde que interliga os saberes da medicina, da psiquiatria, da psicanálise e da psicologia. Destaco esses quatro porque, ainda que os operadores atuem em múltiplas áreas ligadas à saúde, esses são privilegiados na produção e na sustentação de patologias do gênero, como procurei demonstrar nos capítulos anteriores.

Consonâncias da cisnormatividade produzem um arranjo harmônico de timbres distintos, quase sempre em polirritmia. Não pretendo fazer analogia com uma realidade orquestrada. Elas podem não ser *organizadas*, no sentido de serem planejadas, arranjadas e executadas, mas elas se encontram e consonam. Ressoam estratificações binárias (Costa; Amorim, 2019) que nos cortam em categorias cujas linhas se cruzam substancialmente (mostrando que algo é isto *ou* aquilo) e no tempo (passado, presente e futuro como garantidores da estabilidade – e, portanto, da verdade – do gênero).

Seguindo os passos de Medrado, Spink e Mélo (2014), bem como de Deleuze (Deleuze; Parnet, 1998), não tentei representar ou espelhar a verdade, a “realidade como ela é”. Percorri as luzes que se acenderam para mim no campo, e que protagonizaram os meus diários de

pesquisa. Aqui, essas inscrições são transformadas em perguntas que abrem cada subcapítulo que se segue.

Cada pergunta *não* equivale a uma fala, mas a sensibilidades que se colocaram em diferentes momentos. Às vezes produzem harmonias ligeiramente dissonantes, análogas a uma quebra na lógica cisnormativa. Deve haver dissonâncias que não encontrei, que não me tocaram. Ressalto, entretanto, que as dissonâncias aparecem aqui e acolá: elas não anunciam um outro sistema de escalas, estrangeiro à sensibilidade musical ocidental que nos faz reconhecer “música”. Se apresentam como linhas flexíveis, as quais “traçam pequenas modificações, fazem desvios, delineiam quedas ou impulsos” e “produzem pequenas rachaduras nos territórios mais endurecidos, causando pequenas mutações no já estabelecido” (Costa; Amorim, 2019, p. 921). Palavras, ponderações ou protocolos que desobedecem às normas diagnosticalizantes de cuidado em saúde para pessoas trans e travestis, e cujos efeitos talvez ainda não caracterizem voo ou fuga, mas apontam para rupturas possíveis.

4.1 Precisamos perguntar tanto?

Como priorizar a integralidade em um primeiro acolhimento com pacientes?

Uma vez que havíamos retomado o projeto AMBITRANS, em 2023, e dado início ao ano de trabalho, revisitamos os protocolos e instrumentos de acolhimento – considerando que o AMBITRANS está vinculado ao Serviço Único de Saúde (SIS) e, portanto, há procedimentos que são compartilhados, como, por exemplo, o canal de comunicação de pacientes para agendamentos de acolhimento individual. Os prontuários de pacientes utilizam o mesmo modelo do SIS, embora permaneçam guardados em um arquivo separado dos demais. Havia uma ficha de acolhimento específica utilizada pela antiga equipe do AMBITRANS. Ao retomarmos as ações do ambulatório em 2023, revisitamos esse formulário para determinar se o utilizaríamos.

Embora tivéssemos o formulário em mãos, não sabíamos como funcionava a dinâmica de atendimento e o uso da ficha: se as questões deveriam ser rigidamente perguntadas ou se deveriam ser preenchidas *caso a/o/u usuária/o/e fizesse comentários que respondessem àquelas questões*. Também não sabíamos se a ficha era utilizada apenas para fins de atendimento ou se configurava, além disso, um instrumento de coleta de dados ou de pesquisa sobre o público atendido. Entretanto, as perguntas ali contidas sinalizavam o que se julgou relevante e/ou necessário saber *sobre* a pessoa atendida.

Um primeiro estranhamento quanto ao direcionamento das questões: embora o ambulatório já fosse, à época, destinado a todo o público LGBTQIA+, havia um investimento em compreender uma linha temporal da transexualidade. Começando pela primeira⁹ infância: quais eram as roupas e brincadeiras preferidas? Na segunda infância: afirmava-se menino ou menina? Sentia ou não a obrigação de se comportar conforme o esperado para o gênero designado (“sexo biológico”?). Na terceira infância: havia pressão familiar para seguir tais padrões? Como era a autopercepção de gênero? Na fase adolescente e adulta, o corpo entra em cena: o que mudaria e como se sente? Outras questões sinalizam para a experiência de transfobia e LGBTfobia: se já sofreu bullying e os motivos. Esse último tópico aparecia na seção “adolescência e fase adulta”, mas não nas três infâncias.

Em relação ao histórico de saúde, a maioria das questões se orientavam para os hábitos sexuais: número de parceiros/as/os em determinada janela temporal, frequência de uso de preservativos (sem menção a outros dispositivos preventivos a ISTs), quais atos penetrativos foram realizados sem preservativo, se possui sintomas ou já foi diagnosticada/e/o com alguma IST. Essa última questão poderia ser justificada como parte de uma triagem para fins de encaminhamento, caso houvesse tal necessidade. Chama a atenção, no entanto, o fato de essas questões serem monotemáticas, dado que se localizam no campo “Histórico de Saúde e Doença”. Tratando-se de um primeiro atendimento, em caráter de triagem, o acolhimento, nessa lógica, assume a forma de um ritual de confissão, mediante um exame minucioso dos atos sexuais (Foucault, 1988).

Ao retomarmos o formulário para pensar no modelo de atendimento que seguiríamos nos acolhimentos individuais, decidimos, por unanimidade, eliminar as questões específicas do domínio da infectologia. Ainda que surgissem demandas relacionadas à saúde sexual, questões mais específicas a respeito disso poderiam ser tratadas em um atendimento médico com essa finalidade. Não nos pareceu útil ou relevante ter essas informações para prestar acolhimento. Entendemos que, além de desnecessárias, elas poderiam constranger a/o/u usuária/o/u e. Ademais, se tínhamos a intenção de orientar a escuta pelo princípio da integralidade (está no nome do ambulatório, afinal), faria sentido pressupormos a relevância desse tópico em detrimento de tantos outros – relacionados ou não à saúde física?

⁹ A divisão da infância em três etapas aparece no formulário conforme indicado no texto. Hillesheim e Guareschi (2007) problematizam a concepção linear de infância, com fronteiras bem demarcadas entre uma etapa e outra, impulsionada pelas teorias psicológicas sobre o desenvolvimento. Trata-se de uma temporalidade supostamente universal, mas que é tributária dos valores modernos de "progresso, estabilidade, neutralidade e ordem" (p. 83). Cabe apontar a semelhança entre essa temporalidade linear, inequívoca e ordenada do desenvolvimento com a linha do tempo cisnormativa imposta às transgeneridades, transexualidades e travestilidades, que as tornam minimamente legíveis (cf. Israeli-Nevo, 2017).

Levantei questionamentos a respeito da seção que investigava a infância e a adolescência. Trata-se de um serviço que tem como o público LGBTQIA+: nesse caso, as transgeneridades, travestilidades e transexualidades estavam submetidas a um controle que não se aplicava às sexualidades. Por que deveriam os corpos e as subjetividades trans ser alvo de uma investigação minuciosa na busca por acolhimento? Além disso, se o objetivo não era sustentar um diagnóstico de disforia ou incongruência de gênero, em que a investigação de hábitos e preferências infantis nos ajudaria a acolher quem nos chegasse? Ainda que o AMBITRANS se colocasse como um ponto de acesso – de encaminhamento – para outro serviço, que ofertasse a hormonização, por exemplo, essa intenção poderia ser comunicada livremente pela pessoa, sem a necessidade de produção de uma narrativa “coerente” da transgeneridade/transexualidade/travestilidade: no eixo temporal e no eixo substancial sexo-gênero-desejo (Israeli-Nevo, 2017; Latham, 2017; Butler, 1990).

Naquele momento de revisão, deixamos o formulário em suspenso e seguimos utilizando a ficha de acolhimento do SIS – não como um instrumento rígido, mas como uma forma de registrar dados sociodemográficos e o histórico geral de saúde. Meses depois, em agosto, eu e outras/os integrantes da equipe revisamos o formulário inicial e fizemos alterações para construir um novo instrumento, o qual não chegamos a utilizar. Houve uma revisão geral do formulário atualizado na reunião de equipe, o qual foi aprovado em um primeiro momento, mas, diante da procura reduzida por acolhimento individual, a implementação da ficha pareceu uma demanda menos premente do que outras que se acumulavam e que necessitavam ser debatidas¹⁰. Assim, o documento poderia ser refinado e revisado novamente em outra ocasião. O processo de modificação dessa ficha, no entanto, trouxe alguns questionamentos: enquanto decidimos imediatamente eliminar as questões relacionadas a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), manter outras ainda parecia relevante: sobre o histórico de cirurgias de modificação corporal e de hormonização, por exemplo.

¹⁰ Tais como a oferta de capacitação para profissionais de saúde; reunião com orientadoras/es/ies educacionais de escolas estaduais, com a proposta de dialogar sobre diversidade de gênero e sexualidade e formular estratégias para discutir o tema nas escolas; o III Fórum da Diversidade, promovido Coordenadoria Municipal da Diversidade do município de Santa Cruz do Sul, sendo que o coordenador do AMBITRANS mediou uma das mesas. Esses dois últimos são eventos dos quais não participei, devido à sua concomitância com atividades do Mestrado em Educação. No entanto, as questões levantadas na reunião com orientadoras/es/ies educacionais foram discutidas em equipe e ajudaram a pensar na produção do material paradidático para as escolas, considerando-se a viabilidade de uso desse material. O objetivo foi entender como as discussões sobre gênero e sexualidade se inserem no contexto escolar, considerando toda a comunidade escolar (pais, estudantes, professoras/es/ies e demais profissionais atuantes no processo educacional), tendo em vista as manifestações reacionárias ao que se tem denominado como “ideologia de gênero” por grupos ultraconservadores, cujas políticas antigênero têm se voltado com bastante ênfase para o campo educacional (Junqueira, 2018).

“Como você lida com a disforia? O que pensa e sente?” Esse também foi um dos pontos de negociação para o novo formulário. A pergunta parece pressupor que há disforia em todo caso. A mim não parecia essencial termos esse dado. Além de correremos o risco de naturalizar a relação entre sofrimento e transgeneridade, transexualidade e travestilidade, trata-se de algo que poderia ser relatado por usuárias/es/os que o julgassem importante. No entanto, pareceu relevante, para a maioria, manter uma pergunta sobre isso: “Como você lida com a disforia (**caso tenha**)?” (grifo meu).

Lembro-me de me sentir cindida pela questão: “Estou criando empecilhos desnecessários ou realmente preciso problematizar isso? Estou criando barreiras ao cuidado, pressupondo a irrelevância de questões que, na verdade, são importantes para um atendimento integral em saúde? É preciso perguntar sobre o *histórico* de cirurgias e de hormonização? Não é seguro presumir que, se isso for importante para a pessoa, ela nos dirá? Perguntar apenas sobre a *intenção* de realizar determinados procedimentos, para possíveis fins de encaminhamento, não é suficiente? E, ainda assim, é preciso perguntar ou é melhor deixar a pessoa nos dizer?” Se a cartografia é uma ética mais do que um método, como nos diz Costa (2020), adotar uma postura menos indagativa – e inquisidora – permitiria traçar linhas flexíveis em cruzamento com as segmentaridades duras de um fazer em saúde pautado pela lógica diagnóstica.

No final, eu não tinha tanta certeza sobre essas respostas, então assenti em manter questões sobre isso. Concordei, ainda, que poderia ser importante saber sobre a autoadministração de hormônios – o que sinalizaria para dificuldades de acesso ao acompanhamento médico pela via pública e/ou privada, especialmente considerando que, no município de Santa Cruz do Sul, não há serviço vinculado ao SUS que ofereça hormonização. Quanto às demais seções do questionário (sobre a infância, a adolescência e o histórico de saúde), as redirecionamos da experiência interiorizada do gênero para o exterior: quais serviços de saúde acessa e como têm sido as experiências com atendimentos de saúde, como foram as relações na escola, além de uma avaliação pessoal da/de/do usuária/e/o sobre a própria saúde. Tentamos torná-lo uma ferramenta de apoio para o acolhimento ao invés de um instrumento de objetivação das pessoas atendidas.

Ainda que o novo formulário não tenha sido utilizado, essa perspectiva orientou os atendimentos individuais. Os acolhimentos se estruturavam de forma não diretiva e sem um protocolo fixo. Cabe destacar, ainda, que não tomamos como regra a necessidade de perguntar sobre os comportamentos e preferências na infância. Compreendemos, ainda, que as demandas e as problemáticas levantadas por usuárias/es/os não são redutíveis às vivências de gênero e

sexualidade. Conforme já mencionado em capítulo anterior, tive a oportunidade de realizar algumas sessões de acolhimento individual com um paciente. A respeito das questões – entendidas como essenciais – sobre procedimentos hormonais e/ou cirúrgicos, não me pareceu necessário evocá-las: aquilo que era importante para ele, foi dito. E aquilo que não parecia ocupá-lo nem relevante para continuar a conversa, não mencionei. Entendi, por exemplo, que não tinha que lhe perguntar nada sobre brincadeiras “de menino” ou “de menina” na infância ou o que deseja fazer com seu corpo daqui para a frente. É possível que, se estivesse nessa posição há alguns anos, tivesse feito essas perguntas. Talvez, em busca da verdade do gênero, não deixasse espaço para a sujeito. Talvez buscasse o *excepcionalismo trans* (Heyes; Latham, 2018) em cada esquina da vida.

Sobre a infância: foi um ponto de breve deliberação no formulário. Argumentei que não fazia sentido obter aquelas informações por obrigação, a menos que o objetivo fosse diagnosticar o gênero e determinar a sua legitimidade. Percebi alguma hesitação, mas o argumento convenceu e, no final, retiramos as questões. É evidente, no entanto, que a infância, em alguns dos espaços que percorremos, é entendida como uma espécie de “baú da verdade” sobre o gênero e a sexualidade. Compreende-se que é preciso abri-lo e inspecioná-lo em busca dos traços e dos atos de gênero. Como poderia *não* ser essencial investigar a infância na apreensão da nosologia psiquiátrica ou, então, da psicanálise, com sua lanterna apontada para os processos de identificação da criança e para o seu desenvolvimento psicosssexual?

4.2 Falar retroativamente

O que faz com que alguém chegue à adolescência ou, ainda, à idade adulta, e se diga trans sem nunca tê-lo manifestado num estágio mais tenro da vida? O que mais se pode considerar como hipótese para o enunciado “sou trans”? E como permitir que alguém tão jovem fale por si?

É uma sinuca de bico. O gênero trans precisa ter aparecido lá nos primórdios da vida. Ou precisa ter dado sinais, [...]. Não pode ter aflorado, um dia, do nada. Mas quem fala não é o jovem ou a criança. Quem fala é o adulto pela criança que foi um dia. Na adolescência, é como se tudo que vivem fosse uma fase, principalmente se fugir às expectativas da cis-heteronormatividade. [...] O jovem pode falar por si, mas precisa ter linearidade na sua história. Precisa ter uma história pregressa. Isso torna o dizer convincente. (Diário de campo, dezembro de 2023).

Favero (2020a) localiza no ano de 2017 um *boom* de patologização da transexualidade na infância, que acontecia em paralelo a um movimento de suposta despatologização da transexualidade adulta, estabelecendo uma fronteira entre infância e adultez no que diz respeito

à diagnosticalização do gênero. Enquanto a patologização da transexualidade adulta é crescentemente entendida como um estigma que pesa sobre pessoas trans e travestis, a captura de infâncias trans (ou divergentes da cisnorma) pela nosologia psiquiátrica é justificada pelas noções de cura e benevolência, entendendo as crianças trans como um *bem* da clínica.

Com esse movimento, a transexualidade passa a ser produzida como algo que *se localiza na infância*, que se manifesta desde muito cedo e de forma inequívoca. A autora mapeia o debate público em torno dessa questão nos canais de mídia e, entre seus materiais de análise, seleciona algumas entrevistas do psiquiatra Alexandre Saadeh e da neuropsicóloga Ana Carolina Del Negro, em que a precocidade aparece como um dado mundial a respeito da transexualidade: as crianças buscam atendimento por volta dos 4 ou 5 anos de idade. Uma das intenções de Saadeh e Del Negro, coordenador e funcionária do AMTIGOS (Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual), é futuramente cessar as triagens para adultos no ambulatório e priorizar a infância: não seria melhor, afinal de contas, intervir precocemente, na *origem* da transexualidade, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida no desenvolvimento dessas crianças – que, outrora, cresceriam em sofrimento?

A respeito disso, Favero (2020a) questiona o que fazer, nessa perspectiva de cuidado em saúde, das pessoas trans e travestis que *não* apresentaram, na infância, sinais e sintomas; que não obedeceram à trajetória delineada pelo diagnóstico de Disforia de Gênero. O que esse movimento, junto às atualizações diagnósticas em torno das transgeneridades, transexualidades e travestilidades tem operado é, como mostram Henriques e Leite (2019) e Favero (2020a), uma cristalização dos papéis de gênero que tende a tomar *qualquer* variabilidade em relação aos padrões cisnormativos como sinalizador da transexualidade. Paradoxalmente, isso não diminui a rigidez de critérios para que, de fato, se prove o quadro de Disforia de Gênero na infância. No AMTIGOS, as crianças são submetidas a avaliações psiquiátricas com o intuito de identificar possíveis morbidades e realizar diagnóstico diferencial, entendendo que os “sintomas” da transexualidade podem apontar para outras condições. Assim, não basta transgredir algumas normas de gênero e não basta dizer-se trans; é preciso garantir uma coerência convincente de traços que localizam a criança ao lado “do outro gênero”.

Nos diálogos com uma parcela das/des/dos profissionais de saúde mental, a infância e a adolescência parecem ocupar uma posição dupla: de fases da vida que evidenciam uma linearidade do gênero e da sexualidade e que, ao mesmo tempo, devem ser resguardadas contra a precocidade da afirmação de uma identidade de gênero ou de sexualidade distintas da cisgeneridade e da heterossexualidade.

“Acho que eles vêm muito com essa coisa de experimentação também.” Ou “de querer ser diferente.” E não podemos esquecer de que “isso é meio que moda hoje, não é? Se dizer isso ou aquilo.” (Diário de campo, outubro de 2023).

A ideia é que as novas gerações estão se deparando com possibilidades identificatórias mais amplas e que, por isso, agarram-se a outras formas de se constituir no que diz respeito ao gênero e à sexualidade. Entretanto, isso não parece ser entendido como fruto do caráter móvel, transitório, histórico e insubstancial de *todas* as identidades (Butler, 1990), mas das identidades ininteligíveis como adereços da personalidade, encobridores de uma posição originária que representaria um destino natural. Um destino do qual se desviou em virtude de certos “modismos”. É nesse entremeio que se pode negociar a probabilidade de a identidade de gênero/orientação sexual serem verdades fixas ou provisoriiedades encobridoras. E aí uma linearidade passa a ser importante: caso os “sinais” tenham aparecido na infância ou na adolescência de forma crescente, eles dão corpo e sustentação à afirmação de uma identidade LGBTQIA+.

Essas dúvidas e inquietações não são justificadas em nome dos manuais diagnósticos. No entanto, a busca pelos sinais demonstra uma aderência à lógica da *garantia* e da estabilização que sustenta os diagnósticos de gênero. É pertinente, portanto, observarmos o movimento que desloca o núcleo diagnosticável do gênero, retirando-o da *identidade* e alocando-o na *incongruência* de gênero. Essa atualização aconteceu com a publicação do DSM-5 (APA, 2014), sendo que o antigo Transtorno de Identidade de Gênero, do DSM-IV, passou a ser chamado de Disforia de Gênero. A retirada do termo “transtorno”, em uma leitura apressada, pode ser vista como progresso, já que adota uma terminologia menos estigmatizante (Favero; Souza, 2019; Henriques; Leite, 2019). No entanto, o foco na *incongruência* significa que o diagnóstico dependerá mais de uma observação externa do que da identificação declarada pela criança (e também por adolescentes e adultos). Isso não significa que o diagnóstico anterior também não conduzisse a um processo vertical, com o saber médico detendo a palavra final. Da mesma forma, a identidade não desaparece inteiramente como operador do diagnóstico da Disforia de Gênero, mas sua importância é reduzida face à noção de disforia, que significa literalmente “má condução” nos vocábulos gregos “dys” e “pherein” (Henriques; Leite, 2019).

A noção de *incongruência* introduzida no DSM-5 – que também nomeia o atual diagnóstico de “Incongruência de Gênero” pela CID-11 – se desdobra em uma série de critérios que dizem da relação com o corpo e com os papéis tradicionais de gênero, sendo que é incontornável atender a pelo menos um deles, considerando-se o mínimo de critérios a serem contemplados para considerar o diagnóstico. A sua redefinição como um problema clínico, e

não mais como um elemento de identidade, dá um passo além na universalização desse construto diagnóstico, haja vista que consiste em “uma tentativa de objetivação da anterior ‘inadequação’ identitária, por intermédio do descompasso evidenciável entre o gênero designado, atribuído civilmente, e a conduta de gênero manifestada” (Henriques; Leite, 2019, p. 3).

Performatividades de gênero normativas obrigatoriamente entrarão em jogo. E, ainda que o DSM-5 não seja usado como referência para compreender os processos de identificação de gênero nos espaços em que transitamos, os seus pressupostos estão presentes quando se desconfia da identidade, entendendo que não basta afirmá-la, mas que é necessário inscrever na história de vida e no comportamento atual uma narrativa convincente sobre o gênero (o que também acontece em relação à sexualidade). A preocupação com a precocidade da afirmação do gênero e da sexualidade (e até mesmo a aparente impossibilidade de dizer de si tão cedo) marca esse paradoxo: jovens e adultas/es/os trans devem falar do passado para conferir legitimidade à sua identidade (talvez por isso ainda parecesse importante manter questões sobre a infância no formulário de acolhimento do AMBITRANS). Precisam falar retroativamente pela criança que foram. Mas a palavra, na adolescência, só ganha corpo na medida em que confirma a história do gênero com (eixo temporal) com a expressão de gênero atual (eixo substancial).

Esse temor à “precocidade” não aparece apenas entre profissionais de saúde, mas, nas entradas que tive em algumas escolas, essa foi uma questão que considerei. Diante do pânico moral em torno da chamada “ideologia de gênero”, fruto de um recrudescimento conservador da racionalidade neoliberal (Lockmann, 2020), pensei em “como falar para crianças do Ensino Fundamental sobre gênero e sexualidade?” [Diário de campo, outubro de 2023]. As demandas que nos chegaram solicitaram falas com a intenção de enfrentar a LGBTfobia e os casos de bullying na escola – algumas enfatizando “a diversidade” e “a sigla LGBTQIA+” como temas a serem discutidos. Logo pensei que seria como andar sobre uma corda bamba. Em alguns casos, houve contestações mais diretas. Em uma das escolas, alguns alunos se recusaram a participar da atividade (e disseram estar proibidos por seus pais de fazê-lo).

“Por que vocês não discutem isso lá no campo da saúde?” – “Nós fazemos isso.”
(Diário de campo, outubro de 2023).

Uma das propostas do AMBITRANS para 2023 foi, justamente, articular ações intersetoriais entre saúde e educação, partindo da compreensão de que a saúde de pessoas LGBTQIA+ não é tema exclusivo do campo da saúde, mas que os determinantes sociais atuam em outras esferas – foi um entendimento que também levei para atividades com alunas/es/os de

graduação e profissionais de saúde. Outro desafio foi didático: “Preciso ser didática? Como falar *pra* (sic) crianças sem ficar repetindo obviedades ou mandando respeitar o coleguinha?” [Diário de campo, outubro de 2023]. Ainda não tenho certeza se conseguimos fazer isso, mas houve muitas tentativas de deslocar a discussão para um campo mais ameno, ressaltando a importância do respeito e da aceitação.

[A professora] ressaltou o tempo inteiro que não devemos nos importar com a sexualidade do outro, que isso não é da nossa conta. [...] [Outra professora] disse que, em todas as escolas pelas quais passou, nunca percebeu nenhum caso de bullying motivado por LGBTfobia. Que isso não acontece nessa região. Parecia que era inútil falar sobre aquilo na escola. [...] Depois de cada fala, [outra pessoa] dava uma "bronca" nos alunos, dizendo que tem que respeitar as diferenças. Foi meio que apaga-incêndio. Acho que eles esperavam isso. [...] Os alunos começaram a falar sobre abuso sexual. Cada um trazia uma coisa diferente. De repente, eles tinham muito a dizer. Quando estávamos falando sobre LGBTfobia, ficaram bem mais calados. Não estava nos planos, mas resolvi deixar que eles falassem, porque certamente era importante. [...] Senti um incômodo por parte [de duas professoras] [...]. [Uma delas] começou a falar sobre os males da pornografia, num apelo bem moralista. Aproveitou o gancho *pra* (sic) dizer que a gente tem que respeitar nosso corpo, “se dar ao respeito”. (Diário de campo, outubro de 2023).

Aqui, o foco não eram apenas as questões de gênero, mas também de sexualidade. No entanto, a preocupação com a suposta inadequação de certos temas para a idade das/des/dos estudantes – somada ao fato de a escola, na economia liberal das relações, estar subordinada aos apelos de pais e responsáveis que se colocam como consumidores da educação (Laval, 2004) – parece corresponder à noção de uma infância idílica – ou de uma juventude de descobertas que, para uma parte das/des/dos profissionais de saúde, deve ser acolhida sem nos precipitarmos em tomar decisões sobre um caminho identitário diferente da posição cis-heterossexual.

Isso também se tornou um desafio no desenvolvimento de um material paradidático que aborda diversidades de gênero e de sexualidade, proposto pelo AMBITRANS como um recurso pedagógico para trabalhar sobre o tema com alunos do Ensino Médio. O material, que voltarei a discutir no capítulo cinco, está nos estágios finais de desenvolvimento, e será direcionado, inicialmente, às escolas estaduais da 6ª Coordenadoria Regional de Educação (6ª CRE). A questão que nos inquietou foi: como produzir um material que seja aceito nas escolas sem, no entanto, nos furtarmos de abordar a temática com franqueza? Talvez muito mais do que nas práticas em saúde – e também em seus processos formativos –, na escola é que os supostos riscos da “precocidade” são veementemente combatidos, como temos visto na última década, com o crescimento de movimentos reacionários e ultraconservadores que pretendem “desideologizar” a educação brasileira com suas políticas antigênero (Junqueira, 2018).

O que vemos, nesse trânsito entre saúde e educação, é a instrumentalização da infância e da adolescência pela lógica do cuidado e da benevolência (Favero, 2020a). Isso acontece tanto no campo médico-psi, de modo a garantir uma coerência cisnormativa (seja pelo diagnóstico precoce ou pela prevenção à precocidade), quanto pelos ativismos antigênero, que almejam resguardar crianças e adolescentes da suposta degeneração moral dos “desvios” da posição cis-heterossexual. Diante do “terror” da precocidade, compartilhada em diferentes tonalidades pelos campos da saúde e da educação, cabem os questionamentos de Favero (2020b):

por que não vemos como igualmente ameaçadora a identificação precoce dentro da cisgeneridade? Que uma criança se diga heterossexual também parece pouco ameaçador, mas que ela se situe como trans, aparentemente sim, constitui-se como algo problemático. Trata-se de uma tradição psi que impõe aos sujeitos trans determinados períodos de tempo para garantir a veracidade daquela experiência, seja através de seis meses, como traz o DSM-5, ou dois anos, de acordo com a CID-10, de acompanhamento com profissionais especialistas. Habita aqui a ideia de que o saudável para um corpo é aquele que seja cisgênero. (Favero, 2020a, p. 158-159).

4.3 Certeza, estabilidade e o tempo da clínica

Se não há certeza ou estabilidade narrativa, como saber a verdade do gênero?

Quando fui conversar com [um profissional de saúde] no outro dia [sobre um caso], ele hesitou entre “ele” e “ela”. Usou ambos. Precisa de quê? Tatuá-la na testa, como a Linn da Quebrada? Talvez. Não à toa, ela tatuou. E, mesmo assim, erram. (Diário de campo, dezembro de 2023).

Assim como o sexo, na autoetnografia de Latham (2017), é performado como masculino, feminino ou transexual, a depender do ponto de onde se está interrogando a sua ontologia sexuada, aqui o gênero – ou o sexo mesmo – podem transitar continuamente na confusão de pronomes. No trânsito pelo campo, entre as/os/les diferentes operadoras/es/ies de saúde, o pronome que acaba sendo escolhido, em cada ocorrência de dúvida, é uma espécie de “média” dos vários indicadores utilizados para determinar “a verdadeira” identidade de gênero de uma pessoa. No contato com pacientes, profissionais de saúde mental nos relatam que utilizam o pronome escolhido pela/o/u paciente. Às vezes, prevalece o sexo designado, como no caso que abre esta seção – mesmo diante de um nome retificado e de considerável passabilidade. Há casos em que a/u/o usuária/e/o está ainda sentindo o terreno para descobrir como gostaria de ser chamada/e/o – nesses, também prevalece o sexo/gênero designado. É notável, entretanto, ao falar sobre pacientes trans, que o uso dos pronomes masculino ou feminino obedece a uma temporalidade regulada pela cisnormatividade. Há um passado pré-transição, um presente em suspensão e um futuro idealmente estável. Invoca-se o gênero designado para falar de um passado anterior à afirmação da identidade de gênero, indicando que a cisgeneridade é sempre assumida como posição originária. Não proponho como

alternativa assumir que ser trans equivalha a “nascer no corpo errado” e que, portanto, *sempre esteve lá*, como uma verdade inequívoca sobre o ser (Israeli-Nevo, 2017; Butler, 1990). Se o sistema sexo/gênero pressupõe o corpo como um destino de gênero, ao mesmo tempo que *produz* um corpo “naturalmente” generificado (Butler, 1990), as transexualidades, trangeneridades e travestilidades são tão fabricadas quanto a cisgeneridade.

Diante da cisgeneridade como posição pretensamente originária, natural e pré-discursiva, a normalização dos corpos e das identidades em direção a ela respondem, como vimos, a uma matriz de inteligibilidade dos corpos que exige a coerência entre sexo, gênero, desejo e práticas sexuais (Butler, 1990; viviane v., 2015). Co-extensivo a essa matriz substancial, o eixo temporal passado-presente-futuro deve se estender com igual fixidez no curso de uma vida. Um presente trans deve estar alinhado com passado que lhe serve como evidência e com um futuro que lhe confere *certeza* (Israeli-Nevo, 2017; Favero, 2020a).

Nos diferentes movimentos que fiz no campo, percebi que os manuais diagnósticos não são diretamente acionados no acompanhamento multiprofissional ou psicológico de pessoas trans e travestis. É notável, entretanto, que concepções patologizantes sobre as transexualidades, travestilidades e transgeneridades acabam se introduzindo nos processos de escuta: a necessidade de confirmar a ausência de comorbidades para encaminhar à hormonização, a expectativa de que pacientes trans se espelhem na cisgeneridade quanto à estética adotada, a busca por estabilizar certezas sobre o gênero, a desconfiança suscitada quando há hesitação sobre o processo de transição (não somente do corpo, mas da transição social, de viver a identidade publicamente), procurar na história de vida algum fundamento que explique as “confusões” de gênero (ou, até mesmo, as certezas que não seguem um roteiro cisnormativo). Esses são aspectos que seguirei discutindo ao longo deste capítulo.

As categorias diagnósticas, que pouco têm se modificado a cada atualização de nomenclatura, seguem naturalizando o sistema sexo/gênero, essencializando papéis de gênero, vinculando o “ser trans” ao sofrimento e ao desejo inequívoco de modificar o corpo para adequar-se “ao outro gênero” (APA, 2014). A respeito disso, há uma crescente assimilação do fato de que pessoas trans e travestis não necessariamente desejam alterar seus corpos (ou, ainda que desejem, podem selecionar as modificações que lhe interessam). Em alguns casos, no entanto, parece-me que essa compreensão se estende sobretudo às cirurgias de transgenitalização, sendo que uma justificativa considerada plausível para tal é a possibilidade de interferência no prazer sexual.

O fato de pessoas trans nem sempre buscarem cirurgias ou hormonização para modificar o corpo é compreendido. Mas o que me parece curioso é que, nas vezes em que a opção por não realizar cirurgias foi mencionada, pensaram logo na cirurgia de

transgenitalização. Outros procedimentos – como a prótese mamária, por exemplo – também foram mencionados algumas vezes. Mas geralmente se entende que isso acontece porque são procedimentos agressivos e irreversíveis, não exatamente porque uma pessoa trans pode se sentir bem com o seu corpo sem modificá-lo. Não acho que seja sempre e necessariamente esse o entendimento. [Uma profissional] disse que “a pessoa pode não querer colocar seios”. Acho que o tom muda um pouco. Ela pode *não gostar da estética* dos seios. Mas percebi essa preocupação com a “agressividade” dos procedimentos também, e geralmente o tom foi esse. Principalmente no caso da cirurgia de transgenitalização, que tem outro fator também. Nesse caso “tem toda a questão do prazer sexual, que a pessoa pode não querer abrir mão”, afinal “isso muda toda a vida sexual da pessoa”. (Trecho do diário de campo, novembro de 2023).

Embora a preocupação com o prazer sexual seja uma das razões possíveis para escolher não realizar a cirurgia de transgenitalização, a ênfase que foi dada a esse ponto parece ofuscar a possibilidade de que uma pessoa trans e/ou travesti esteja satisfeita com a genitália com que nasceu. A escolha, nesse caso, parece necessitar de uma justificativa funcional para que seja compreendida. Isso sugere que essa opção é entendida mais como uma negociação que se faz consigo do que como uma condição ideal. Quando escutei falas nesse sentido, sempre fiz questão de pontuar que uma pessoa trans e/ou travesti pode simplesmente gostar de ter um pênis ou uma vagina, e que o prazer sexual não é o único fator na decisão – às vezes não se trata de uma decisão, porque a cirurgia de transgenitalização não chega a ser considerada. Esse ponto nunca foi contestado ou alvo de questionamento (ao menos não verbalizado). No entanto, para além das modificações corporais, há outros traços que parecem menos “negociáveis” quando se trata de performar corporalmente uma narrativa “coerente” sobre a transexualidade, transgeneridade e travestilidade.

[...] aí vem a questão da roupa também... “Outro dia ele apareceu com uma blusa super feminina.” Um cropped? Acho que era, mas não me lembro. O fato de ele se vestir assim, mas continuar firmemente se dizendo um menino, parece que deixa [os profissionais] na dúvida, confusos... Como se ainda precisassem ser convencidos de que ele é trans mesmo. (Diário de campo, outubro de 2023).

Nas linhas de Latham (2017), que autoetnografa seu percurso como paciente trans, podemos compreender que esses movimentos de menor e maior assimilação das escolhas estéticas e corporais fazem do gênero e do sexo “uma narrativa crível. Transexualidade é articular o sentimento de pertencer 'ao outro sexo' *convincentemente* [...]” (Latham, 2017, p. 189, tradução livre, grifos do autor). Aí, o sexo se constitui triplamente: *o sexo passado, o sexo presente e o sexo futuro*. Israeli-Nevo (2017) postula que, para pessoas trans, passado, presente e futuro são propriedades da clínica. Nesse caso, a demora e a deliberação somente são permitidas a profissionais que diagnosticam o gênero, a quem cabe decidir a aptidão para determinados procedimentos.

Por um lado, a certeza imediatamente declarada de querer realizar procedimentos hormonais e/ou cirúrgicos passa pela deliberação da identificação de possíveis comorbidades

psiquiátricas, que supostamente invalidariam a experiência da transexualidade (Favero, 2020a). Não é possível, afinal, apresentar a sintomatologia de um transtorno de personalidade e ser uma pessoa trans, sem que esses dois fatos estejam relacionados (ou condicionado um ao outro)? Por que isso, de imediato, invalida a demanda por procedimentos que, no Brasil, chamam-se de “transexualizadores”?

"Não é simplesmente 'vamos fornecer os hormônios'. Tem que ter uma avaliação da demanda." (Diário de campo, junho de 2023).

[...] tem toda uma preocupação quanto ao fato de se "afirmarem" ou se "decidirem" muito cedo, no sentido de isso corre o risco de ser provisório. E, nesse caso, não vale a pena ser afirmado. A única coisa que não é provisória é a cisgeneridade. Ela é eterna, estável. A heterossexualidade também. (Diário de campo, novembro de 2023).

[...] quando [as/os/les próprios pacientes] estão incertos de si, parece que isso gera um certo incômodo. Não sei se é porque [as/os/les profissionais] precisam saber logo qual é o gênero da pessoa. Não sei se eles estão ávidos assim ou se eu estou procurando enxergar isso, se a minha visão é de túnel. Mas tem toda uma instabilidade aí... Essa instabilidade do gênero parece se traduzir numa instabilidade psíquica mais geral, e isso acaba sendo o ponto que "pega" a equipe. Ou não só uma instabilidade. Tem que ter algo mais oculto... Se o gênero está "desorganizado", é porque algo não está sendo dito, algo não está sendo visto. (Diário de campo, outubro de 2023).

Por outro lado, a demora não é um direito de pacientes trans em seu processo de transição (Israeli-Nevo, 2017). Independentemente de estar acompanhada pela certeza ou pela incerteza quanto aos desejos, a deliberação da/de/do paciente torna-se mais um “problema clínico” na definição da transexualidade (Latham, 2017), conforme o dilema da “instabilidade” e da “desorganização” de gênero nos apontam. Israeli-Nevo (2017) denuncia que, para o olhar clínico – que não reside apenas na clínica, mas se coloca como gramática de inteligibilidade da transexualidade – o corpo trans está sempre sujeito a um futuro. Olhar, avaliar e diagnosticar exigem essa futuridade. Para pessoas trans e travestis, esse é um futuro que parece nunca chegar, já que a cisnormatividade localiza a *verdade* da natureza na diferença sexual. Assim, exige que a transexualidade se desenvolva ao modelo da cisgeneridade.

Não é apenas o corpo que é tomado como objeto de uma temporalidade linear regulada pela *certeza*. Uma das discussões movimentadas no campo foi justamente sobre essa possibilidade de sentir e sustentar um tempo que demora, ainda que por imposições externas. A impossibilidade de usar o nome social, as roupas presumivelmente preferidas e ter sua identidade negada durante um período da vida deveria, obrigatoriamente, provocar uma angústia urgente e insustentável, que perfura quaisquer barreiras contra a assunção de uma identidade trans. A estratégia de esperar até que seja seguro fazê-lo é colocada sob suspeição: esperar, tudo bem, mas onde está o sofrimento, a disforia?

Aqui, a construção de uma narrativa convincente e estável ao longo do tempo (Latham, 2017; Israeli-Nevo, 2017; Favero, 2020a) é vista como essencial para dar sustentação à afirmação da transgeneridade, da transexualidade ou da travestilidade. E *saber a verdade do gênero* parece se traduzir, em certa medida, como *saber o que se está fazendo como profissional*. Parece que a própria *estabilidade* – transposta da cisgeneridade às vivências trans e travestis, num exercício normalizador – é uma noção essencial para a inteligibilidade humana (Butler, 1990; Butler, 2004). O afã para saber, no entanto, parece corresponder tanto à *vontade de saber* das ciências quanto à necessidade de escavar em si mesma/e/o uma verdade fundamental (Foucault, 1985). Em outras palavras, parece partir tanto das/des/dos profissionais quanto de pacientes:

“Eles vêm muito com essa demanda, de querer saber, de querer se definir. Parece que isso precisa estar, assim, muito definido.” Acredito que uma parte dessa inquietação, do que torna aparentemente mais desafiador atender pessoas trans, venha daí, desse chamamento, desse convite para participar do processo de “descobrimento” do gênero ou da sexualidade. De demandar uma resposta, que o outro diga. Mas acho que não fica só nisso, não. Falaram de um menino trans que ainda *tá* (sic) negociando isso com a família, que ora aceita, ora não aceita... E que ele *tá* (sic) “de boas” por enquanto, [...], que vai se preocupar com isso mais tarde. Parece que isso coloca um ponto de interrogação sobre o gênero dele. Eu levantei a hipótese de que ele pode estar tentando apenas se preservar e se proteger enquanto precisa dos pais, tentando apaziguar os conflitos. Meio óbvio até. [...] O pior é que eu não posso nem dizer que pensaria diferente, que isso nem passaria pela minha cabeça. Que, na posição deles, eu não faria os mesmos questionamentos. [...] mas é uma situação que parece precisar ser descoberta, resolvida. É claro que tem a preocupação com o paciente também. [...] Mas quando ele usa uma roupa diferente do esperado, isso também vira uma questão. Não de bem-estar, mas de gênero mesmo. (Diário de campo, outubro de 2023).

Há aí uma urgência, uma necessidade de resolver “a questão”. E percebi que estou entre essas/es/us profissionais que precisam ver se desdobrar diante de seus olhos uma narrativa relativamente coerente com o roteiro da cisgeneridade. Em sua narrativa autobiográfica, Israeli-Nevo (2017) propõe demorar-se no tempo da transição como uma forma de se reapropriar do presente, deslocando o “ser trans” de uma narrativa comprobatória ancorada no passado ou no futuro. Ela ressalta, no entanto, que essa decisão tem efeitos em seu status de passabilidade, o que faz com que a possibilidade de estender o tempo não seja igualmente acessível a todas as pessoas trans, em distintas posições raciais e de classe. A autora pontua, por exemplo, que uma mulher trans branca que recuse a passabilidade cisnormativa estará menos suscetível à violência do que uma mulher trans negra que opte pelo mesmo caminho. Além disso, a possibilidade de alcançar alguma inteligibilidade na matriz heterossexual está condicionada à passabilidade, independentemente das escolhas individuais em relação a isso. Latham (2017) sublinha que o sexo não é produzido apenas mediante “práticas e encontros”, mas também por “recursos materiais (tempo, dinheiro, acesso, além de reconfigurações cirúrgicas da carne)” (p. 197,

tradução livre). Assim, a passabilidade – possibilidade de ser assimilada/o como humana/o¹¹, de encarnar uma narrativa *convincente* – é indissociável da posição socioeconômica.

Há outro deslocamento temporal possível: para um futuro que, em outra acepção, não se refere a um ideal pós-transição, presumivelmente alinhado com os modos cisnormativos de ser homem ou mulher. Nesse sentido, Beatriz Bagagli (2016) coloca que:

A diferença trans resiste ao que é tido como imutável, discernível e pré-estabelecido. As rupturas em relação à cisgeneridade compulsória se orientam precisamente pela transformação. Uma pessoa é trans na medida em que constrói sua identidade através de uma trajetória para o futuro ao invés de se remeter a uma síntese do passado. O gênero trans em sua diferença resiste ao imperativo de dizer a própria verdade diretamente, porque ele é contingente, fluido e se encontra em um *continuum* em direção ao futuro. Ele não facilmente matematizado e esquematizado segundo princípios lógicos da cisgeneridade. (Bagagli, 2016, p. 95, grifo da autora).

As identidades trans e travestis não se constituem, como sugere a concepção nosológica, pela tentativa de espelhar a cisgeneridade, de chegar a ela o mais próximo possível. A cisgeneridade não é o horizonte de toda experiência trans. Ela *pode* consistir em tal para caminhos identificatórios que percorram as linhas de uma transexualidade produzida pelas práticas médicas-psi. É preciso reconhecer que uma parcela das pessoas trans constrói a sua identidade nesses termos. No entanto, para as identidades trans e travestis que escapam da norma ciscolonial (viviane v., 2015), o *trans* do gênero não é aquilo que está “em desacordo”, mas o que escapa da presunção de naturalidade de um [c]istema sexo/gênero que condiciona o gênero ao corpo ou, na impossibilidade disso, condiciona o corpo e a subjetividade à narrativa de uma “verdadeira transexualidade”. A transição, nessa apreensão, descreve justamente esse movimento, conforme já mencionado anteriormente: mais do que de um gênero a outro, para além do regime da diferença sexual (Preciado, 2017).

4.4 Sofrimento como evidência do gênero

Como compreender o gênero de uma pessoa trans que não se sinta incomodada com o seu corpo natural? Se não há esse sofrimento, que outras hipóteses levantar sobre a identidade de gênero autodeclarada? Que ela, na verdade, obnubila algum tipo de conflito psíquico não relacionado ao gênero, mas que encontra manifestação nessa equívoca

¹¹ Aqui, a flexão no masculino e no feminino, sem a alternativa não-binária, sinaliza para a matriz de inteligibilidade binária, que condiciona o estatuto humano a uma das duas possibilidades legíveis (homem ou mulher).

construção de uma “identidade” afirmada aparentemente sem problemas, mas que apresenta inconsistências com tudo que sabemos sobre transexualidade?

O sofrimento parece estar no centro da gramática de legibilidade da transexualidade pelos aparatos médicos-psi. Sobretudo, o sofrimento relacionado ao corpo: aquele corpo que não responde à cisnorma e à transnormatividade produzida pela medicalização das experiências trans. Não é tanto um problema de conceitualização – é possível compreender que uma pessoa trans não necessariamente se sente desconfortável em seu corpo como um dado bruto, um dado cru. Mas é justamente a ausência desse tipo de sofrimento que parece acionar o modo “quebra-cabeça”: *Como esse corpo se encaixa na masculinidade e na feminilidade? Qual é, afinal, o seu gênero?*

Tanto no AMBITRANS, quando retomamos o formulário de atendimento para análise, quanto em outros trânsitos – com outros serviços, profissionais de saúde e em momentos de capacitação –, discutimos sobre a relação entre as identidades trans e travestis e o sofrimento. Essa noção de que ser trans é equivalente a sofrer aparece de diferentes maneiras. Eu mesma, quando escolhi focalizar os determinantes sociais de saúde em momentos de sensibilização/capacitação, articulando-os com a LGBTfobia, a transfobia e as violências por elas motivadas, dei particular atenção ao sofrimento. Ainda que não o considere *inerente* às transgeneridades, travestilidades e transexualidades, mas sim efeito da cisnormatividade, focalizar as fragilidades é uma escolha que pode, paradoxalmente, naturalizar a posição de pessoas trans e travestis como vítimas (Favero, 2020a). Mas há o sofrimento da *disforia* – e me parece incerto o seu entendimento como algo inerente às identidades trans ou como uma produção da cisnormatividade.

Tentei compreender por que essa experiência está colocada como definidora das transgeneridades, transexualidades e travestilidades. Será por que, invariavelmente, uma pessoa trans e/ou travesti, ainda que não sinta desconforto em relação ao seu corpo, será alvo de transfobia e da expectativa de que se ajuste à cisnorma – se não na família ou na escola (o que por si já é raro), nos ambientes de trabalho, de saúde, nos espaços públicos, nas redes sociais? Ou será porque as identidades trans e travestis estão sendo definidas como uma categoria ontologicamente vinculada ao sofrimento? (Favero, 2020a).

"Isso de 'não ter sofrimento' é curioso. Como que 'não tem' sofrimento?" De que sofrimento se está falando? Parece que a coisa está localizada no corpo... Ou não. Ficou incerto para mim. Mas parece gerar surpresa um paciente dizer que não se incomoda com o próprio corpo. Ou que não sofre por ser trans. (Diário de campo, outubro de 2023).

Questionei. Ouvi colocações relacionadas ao que se chama de “disforia corporal”, sobre a dificuldade de esconder determinados traços que causam incômodo. Sugeri que o desejo por alcançar a passabilidade é indissociável da exigência cisnormativa de se adequar aos padrões estéticos de gênero para obter reconhecimento de sua identidade, conforme discutido por Bento (2017). Na sequência, não consegui dissolver a dúvida e compreender o que estava sendo postulado como núcleo de sofrimento: um fator intrínseco ou extrínseco às transgeneridades, travestilidades e transexualidades.

Butler (2009) escrevia, em 2004, sobre a desdiagnóstica do gênero a partir do delineamento diagnóstico do ainda vigente DSM-IV, que incluía o Transtorno de Identidade de Gênero. Para esse diagnóstico, o critério B diz respeito ao desconforto persistente em relação ao “desacordo” com o sexo designado ou com a “inadequação” em relação aos papéis de gênero correspondentes. Para o diagnóstico mais recente, atualizado no DSM-5 como Disforia de Gênero, o critério B é um tanto mais vago. Sem especificar o agente causador do sofrimento, a disforia em crianças é produtora de “sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.” (APA, 2014, p. 452). Para adolescentes e adultos, “está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.” (APA, 2014, p. 453).

Na tentativa de desembaralhar essas indefinições, Butler (2009) assinala que:

cabe perguntar de onde vem tudo isso: o sofrimento intenso e o comprometimento funcional, o não ser capaz de se portar adequadamente no local de trabalho ou lidando com algumas tarefas cotidianas. O diagnóstico pressupõe que uma pessoa sinta sofrimento intenso, desconforto e inadequação porque essa pessoa é do gênero errado e que adequá-la a uma norma de gênero diferente, se isso for viável para essa pessoa, a fará sentir-se muito melhor. Mas o diagnóstico não questiona se há problema com as normas de gênero que são aceitas como fixas e imutáveis, se essas normas produzem sofrimento intenso e desconforto, se impedem algumas pessoas de desempenhar suas funções, ou se geram sofrimento para algumas pessoas ou para muitas delas. Nem as normas questionam as condições nas quais elas proporcionariam um sentimento de conforto, de pertencimento, ou mesmo se elas se tornam o lugar de realização de certas possibilidades humanas que deixam as pessoas se voltarem para seu futuro, sua vida e seu bem-estar. (Butler, 2009, p. 117).

A noção de sofrimento tem um caminho duplo aqui: ela tanto produz normatividades e constringe as experiências trans à ideia de sofrimento, como também produz o próprio sofrimento quando 1) nega a legitimidade da identidade; 2) condiciona o acesso a procedimentos hormonais e/ou cirúrgicos a uma avaliação psiquiátrica; 3) burocratiza a retificação do nome, em aliança entre o aparato psiquiátrico e o jurídico (Preciado, 2017); 4) produz uma gramática segundo a qual ser trans é obedecer a um conjunto de traços que

essencializam tanto os papéis de gênero quanto o corpo como “masculino” ou “feminino”; 5) reiterando a cisnormatividade nas linhas da matriz heterossexual de inteligibilidade (Butler, 1990). Nesse sentido, Latham (2017) problematiza a assunção de que haveria uma essência da transexualidade *anterior* à produção e à conceitualização dessa categoria pelos saberes médicos-psi. Argumenta que a transexualidade se faz na prática clínica das equipes médicas, e que, conseqüentemente, as experiências trans são tornadas um *problema clínico*.

É pertinente notar as proposições nosológicas não têm efeito apenas na prática médico-psiquiátrica, mas que as noções de sofrimento, incômodo ou desconforto passam a fazer parte de uma legibilidade clínica sobre o “problema” das transexualidades, transgeneridades, travestilidades. Essas noções transitam entre profissionais de diferentes categorias, mas é preciso destacar que, no campo, a psicologia e a psicanálise são as disciplinas que mais tendem a se ocupar delas. Embora isso também pareça compor a visão de outras/es/os profissionais da saúde, normalmente ela não parece *essencial* à sua prática, possivelmente por não se ocuparem da psique. Conseqüentemente, não é comum que evoquem o *sofrimento* como dinâmica definidora das identidades trans. É importante acentuar que essas tendências, entretanto, não são regras. O formulário que discuti na em seção anterior, por exemplo, não era um instrumento específico da psicologia, mas pressupunha a disforia como algo invariável. Além disso, há profissionais de psicologia dentro do AMBITRANS que, embora evoquem o sofrimento para se referir às experiências de pessoas trans e travestis, localizam-no na cis-heteronormatividade, sem concebê-lo como uma realidade inescapável provocada pela “incongruência”.

Essa mudança de acento pode parecer sutil e, embora ainda situe as vivências trans e travestis como experiências de sofrimento, ela causa uma primeira torção: é como se dialogasse com as categorias do DMS-5 e lhes perguntasse: “*O que é patológico no sofrimento? No caso da Disforia de Gênero, qual é a “patologia” expressa no sofrimento? A não adequação à matriz heterossexual de inteligibilidade? Podemos pensar que, se o sofrimento deixasse de ser reconhecido como ontológico da transexualidade, isso possivelmente desvalidaria a sua manutenção nos manuais diagnósticos. Esse movimento também acontece à medida que assumimos o sofrimento como uma produção da cisnormatividade e que, portanto, a ela pertence.*

Pensando com Favero (2020b), cabe, entretanto, indagarmos: ainda que desvinculemos o sofrimento do corpo e o imputemos às normas de gênero e sexualidade, presumir que os deslocamentos em relação à cisgeneridade invariavelmente provoquem um sofrimento debilitante – e tomar esse como critério obrigatório para considerá-las clinicamente relevantes – não criaria mais uma barreira para pessoas que, subordinadas à nosologia médico-psiquiátrica,

buscam autorização para realizar procedimentos hormonais e/ou cirúrgicos em seus próprios corpos?

4.5 Irreversibilidade e seus riscos: o que há de ser preservado?

Se um paciente não está absolutamente preparado para enfrentar os possíveis riscos e efeitos indesejáveis da hormonização, como é possível justificar, do ponto de vista da saúde, a decisão de encaminhá-lo para realizar o tratamento hormonal? Quanto sofrimento é preciso garantir que uma pessoa será capaz de suportar, antes que ele aconteça, para considerá-la apta?

Visitamos um ambulatório de atenção à saúde da população trans e travesti, localizado em um município do Rio Grande do Sul, como estratégia de capacitação da própria equipe do AMBITRANS. Conversamos, ainda, com uma psicóloga que atua em outro serviço dessa natureza, também localizado em um município gaúcho. Ambos possuem equipes multiprofissionais, mas apenas o segundo oferece dispensação de hormônios e acompanhamento médico do processo de hormonização. O primeiro, apesar de não oferecer tal serviço, realiza encaminhamentos para a realização do processo em outro ambulatório (que não conhecemos). Chamou a atenção o fato de que os dois ambulatórios mencionados inicialmente (aquele que visitamos e aquele cuja psicóloga se disponibilizou a se reunir conosco) adotam protocolos muito diferentes de acesso à hormonização. Um deles parte do pressuposto de que é preciso ponderar a demanda mediante avaliação psicológica. O outro prioriza a autodeterminação de usuárias/es/os trans e travestis. Discuto, a seguir, algumas diretrizes que articulam os saberes médicos-psi e fundamentam práticas tuteladoras em relação às pessoas trans e travestis, as quais ressoaram em práticas do campo de pesquisa.

Na prática, ainda que se narre a transexualidade, a travestilidade ou a transgeneridade de forma coerente com o discurso nosológico (“sou trans e sofro por não ter o corpo que gostaria”), há uma série de obstáculos para ter acesso aos procedimentos cirúrgicos e hormonais. Alguns deles são as condições estabelecidas pelo Processo Transexualizador (Portaria nº 2.803/2013), que, apesar de ter passado a contemplar as travestis e os homens trans na atualização da Portaria nº 457/2008, segue orientada pelos diagnósticos codificados na CID-10. Outros dificultadores de acesso são determinados pela Resolução do CFM nº 2.265/2019. Essa última afirma a essencialidade da avaliação psiquiátrica a fim de “formular diagnóstico, identificar morbidades, realizar diagnósticos diferenciais, prescrever medicamentos e indicar

e executar psicoterapia, se necessário” (p. 8). Uma vez realizada a avaliação, são contraindicadas a hormonização e/ou a cirurgia “de afirmação de gênero” (nomenclatura utilizada pela referida resolução) para pacientes que apresentem quaisquer uma das seguintes condições: “transtornos psicóticos graves, transtornos de personalidade graves, retardo mental e transtornos globais do desenvolvimento graves” (p. 8). O documento justifica, ao introduzir a seção que versa sobre tais diretrizes, que

A **vulnerabilidade psíquica** e social do indivíduo com incongruência de gênero ou transgênero é, em geral, intensa. São elevados os índices de morbidades existentes nessa população, entre eles transtornos depressivos graves, abuso/dependência de álcool e outras substâncias químicas, transtornos de personalidade, transtornos de estresse pós-traumático e transtornos de ansiedade. (CFM, 2019, p. 8, grifo meu).

O que não está explicitado no documento, entretanto, é qualquer apontamento sobre a etiologia dessas morbidades, sobre suas possíveis relações com a experiência cotidiana de exclusão social, de violência, de rejeição pública e familiar, de precarização do acesso a serviços públicos, de rejeição no mercado de trabalho, da evasão/abandono/expulsão¹² das instituições educacionais (ABGLT, 2016; Acosta, 2019; Benevides; Nogueira, 2021; Benevides, 2023). Assim, acaba por naturalizar a referida “vulnerabilidade psíquica” como inerente às pessoas trans e travestis – independentemente de qualquer intencionalidade ou viés pessoal hipotéticos “por trás” do texto, um de seus *efeitos* é coproduzir e perpetuar a visão de que pessoas trans e travestis, como portadoras de uma doença (e de comorbidades psiquiátricas) estão incapacitadas para exercer agência sobre suas vidas e que cabe ao aparato médico-psi tutelá-las sob a justificativa do cuidado (Bento; Pelúcio, 2012).

Outro ponto a ser considerado é como essa regulação se coloca para outros procedimentos. Uma busca pelas resoluções, pareceres, recomendações, notas técnicas e despachos do CFM e dos CRMs nos ajuda a interrogar isso. Entre os assuntos listados no portal dos referidos Conselhos, elegi os seguintes: “cirurgia eletiva”, “cirurgia estética”, “cirurgia peniana”, “cirurgia plástica”, “endocrinologia”, “mastectomia”, “histerectomia”, “prótese”, “sexualidade” e “terapia de reposição hormonal”. Há uma tendência evidente: independentemente do risco associado aos procedimentos, quase todos aqueles que exigem processo de avaliação psicológica e/ou psiquiátrica antes de sua realização fazem parte do rol de “terapias de afirmação de gênero”. As exceções são apenas a realização de “útero de substituição em mulheres histerectomizadas” (Parecer CRM/MG nº 10/2017) e a cirurgia

¹² Acosta (2019) caracteriza a evasão e o abandono escolar por estudantes que pertencem a grupos estigmatizados, sobretudo pessoas trans e travestis, como um processo institucionalizado de expulsão escolar, resultante da violência naturalizada e cotidianamente sofrida nesses espaços.

metabólica para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2, caso haja histórico de transtorno psiquiátrico (Resolução CFM nº 2.172/2017 e Parecer CFM nº 38/2017).

Um caso que chama a atenção: os procedimentos de aumento peniano, ainda que contraindicadas pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), são permitidos em caráter experimental. O documento diferencia a finalidade puramente estética dos objetivos funcionais, destacando que os homens que apresentam dismorfobia peniana terão melhor qualidade de vida se, ao invés de se submeterem às técnicas de urologia e cirurgia plástica, forem encaminhados para aconselhamento psiquiátrico ou psicológico. Não há, entretanto, indicação de que a determinação da dismorfobia peniana aconteça mediante um processo de avaliação psiquiátrica, mas, sim, observando a normalidade estatística que distingue um “micropênis verdadeiro” de um pênis considerado normal. Além disso, a SBU reconhece que não há “estudos ou dados científicos que confirmam credibilidade, eficácia ou **segurança** de qualquer técnica de aumento das dimensões penianas” (CFM; CRM/SC, 2021, p. 3, grifo meu).

O que se sobressai é que, apesar disso, tais técnicas são permitidas – em seu estágio experimental – sem o emprego de um protocolo psiquiátrico para determinar quem é elegível aos procedimentos. Embora apresente riscos, não há contraindicação para uma gama de transtornos psiquiátricos (ou de categorias de transtornos psiquiátricos, como é o caso das cirurgias de “afirmação” de gênero). Isso demonstra que as noções de *risco* e de *irreversibilidade*, mobilizadas para condicionar transformações corporais em pessoas trans e travestis à avaliação e ao diagnóstico psiquiátricos e/ou psicológicos, não remetem propriamente a complicações *de saúde* (pelo menos, não somente essas). A *irreversibilidade* tratada aqui não é a de uma característica estética ou de uma função corporal, mas a da posição naturalizada da cisgeneridade (viviane v., 2015), que confere humanidade aos corpos cisgêneros e relega à abjeção os corpos de pessoas trans e travestis.

Nos diferentes serviços (não somente os ambulatoriais) que conhecemos a partir das demandas do AMBITRANS, essa preocupação se coloca de diferentes formas: ora em relação à precocidade da infância e da adolescência (sobretudo no que diz respeito à transição social), ora em relação aos possíveis efeitos adversos da hormonização. É importante ressaltar que, entre as equipes dos ambulatoriais mencionados no início desta seção, parece haver uma visão crítica sobre a medicalização das identidades trans no que diz respeito à ideia de uma “transexualidade verdadeira”. Compreende-se que as pessoas trans e travestis não são um monobloco e que performam o gênero de formas distintas, que muitas não desejam realizar modificações corporais e não acessam os serviços para esse fim, mas com outras demandas psicossociais e relacionadas à saúde física e/ou mental (as quais podem ser atravessadas pela

vivência do gênero e/ou pela experiência da transfobia, mas decididamente não se resumem a elas).

Uma das linhas de discussão, no entanto, foi sobre a preparação psicológica dos pacientes para realizarem o processo de hormonização. Aqui, a perspectiva não é, em princípio, a de diagnosticar a “disforia” ou a “incongruência” de gênero. Não há protocolos diagnósticos sistematicamente implementados para garantir a aptidão para os procedimentos. No entanto, há um acompanhamento psicológico estreito de cada usuária/e/o até que se julgue que ela/e/u está emocionalmente bem preparada/o/e para lidar com os possíveis efeitos indesejáveis da hormonização ou, ainda, com a frustração por não alcançar a aparência física idealizada. Supõe-se a essencialidade de avaliação psicológica.

O psicólogo diz que não diagnostica, mas que avalia, sim, a demanda. Ele foi bem enfático a respeito disso. *Tem que* (sic) avaliar. “Não é diagnosticar a pessoa, é que eles vêm com expectativas muito irreais sobre o processo de hormonização.” Querem ter o corpo perfeito, diz ele. E, nessa, tem que ver se a pessoa é trans o bastante *pra* (sic) suportar até a calvície provocada pela testosterona (até o momento, hipotética, porque pode nem acontecer). Eu entendo o valor de preparar pacientes para o processo de hormonização, entendo que pode haver toda uma idealização do corpo, mas que isso não seja negociado assim. A impressão que me passou é que isso é uma regra, que não é característica de uma ou outro paciente, mas que isso *tá* (sic) presente como uma característica geral. E que o protocolo de avaliação é seguido com todos. (Trecho do diário de campo, junho de 2023).

Entendo que pode, de fato, haver uma idealização do corpo para algumas/es/os. E há de se lembrar que não conheço essas/es/us usuárias/es/os como a equipe do serviço em questão. Penso que nós – pessoas trans, travestis e cisgêneras – sofremos com pressões estéticas fortemente generificadas, mas que os caminhos que percorremos na tentativa de nos adequarmos a elas possuem entraves muito distintos. “Será que um homem cis estaria preparado *pra* (sic) ficar careca?”, me perguntei [Diário de campo, junho de 2023].

Para as pessoas trans e travestis, é um percurso marcado pela diagnóstica, pelo acompanhamento multidisciplinar compulsório e pela necessidade de *provar* a veracidade da identidade de gênero, tanto em termos do delineamento diagnóstico quanto da convicção pessoal sobre sua imutabilidade. Em contraste, para as pessoas cis, a única barreira, quando há, costuma ser financeira – ou envolve contraindicações de saúde física, que não exigem avaliação psiquiátrica. Compreendo, no entanto, que essa analogia não deve ser feita de forma tão apressada, conforme discutem Heyes e Latham (2018). A comparação retórica entre os procedimentos transexualizadores e as cirurgias estéticas/cosméticas é frequentemente empregada para tratar ambos os tipos de procedimentos como não essenciais, o que justificaria que os primeiros não fossem subsidiados pelo Estado. Por outro lado, a tentativa de desassociá-las também acontece de pelo menos duas formas: 1) tratando-se as chamadas cirurgias de

transexualização como "perversas" (e medicamente injustificadas) em relação a outros tipos de procedimentos semelhantes, tais como a *reconstrução* peniana em homens cis sobreviventes de câncer peniano; 2) ao contrário, tratando-as como uma necessidade médica, em oposição àquelas que seriam motivadas por razões puramente estéticas. A justificativa, nesse segundo caso, é frequentemente dada em termos patologizantes: impactar positivamente a saúde mental de pessoas trans que buscam tais cirurgias, mas acentuando a transexualidade como uma condição psiquiátrica (Hayes; Latham, 2018).

Levando em consideração as diferentes estratégias de comparação e diferenciação entre as “cirurgias trans” e “cirurgias cosméticas”, a autora e o autor problematizam o que chamam de “*trans exceptionalism*” (“excepcionalismo trans”): a noção de que há um traço marcadamente distinto nas experiências generificadas de pessoas trans, tributário de sua conceitualização subordinada ao campo da psiquiatria, sendo que isso justificaria regular o acesso a cirurgias de transformação corporal mediante a produção de uma narrativa *coerente* sobre a transexualidade: fazendo convergir os elementos que performam o sexo e o gênero, como visto em seção anterior a partir de Latham (2017). A noção de excepcionalismo, de uma ontologia distinta para as “cirurgias trans”, subsidia a crença de que cirurgias cosméticas em pessoas cis são procedimentos psicologicamente inofensivos, ao passo que as primeiras estariam inerentemente imbuídas de riscos severos à saúde mental. Heyes e Latham (2018) denunciam que essa diferenciação parte de um pressuposto falso, sem demonstração de embasamento e meramente retórico.

Podemos considerar, assumindo a discussão de viviane v. (2015) sobre a cisgeneridade como uma norma ontológica do humano, que o fundamento dessa diferenciação não está explicitado em termos teórico-metodológicos, mas que a sua epistemologia está fincada no regime da diferença sexual como uma classificação da humanidade que não é meramente descritiva, mas *produtiva* do sistema sexo/gênero que naturaliza a cisgeneridade como posição universal. São classificações que, por terem sido negociadas entre atores como “caixas pretas” da ciência (Latour, 2012), já são dadas como fatuais e não exigem qualquer demonstrabilidade. A sua objetividade total é presumida. Os saberes parciais, localizados e corporificados (Haraway, 2009) de pessoas trans e travestis são, nessa esteira, desconsideradas como fruto de certa “confusão de gênero”, que presumivelmente poderia ser solucionada com uma avaliação diagnóstica – seja do gênero ou da capacidade psicológica de decisão do/de/do paciente. Não é apenas o corpo que está em jogo, mas a idealização da posição cisgênera – conforme lida no corpo e nas sociabilidades – que, na perspectiva universalizante da cisnormatividade, deve ser preservada até que haja absoluta *certeza* sobre o desejo e a segurança de assumir outra

identidade de gênero. Cabem, a respeito dessa postura clínica, os questionamentos de Favero (2022):

Estou em busca de convencer a pessoa que atendo a desistir de alguma escolha não normativa sobre o próprio corpo? Falar sobre os resultados positivos e negativos das intervenções corporais é o mesmo que fomentar alguma espécie de pânico sobre suas irreversibilidades? Quem está tomando o corpo como um lugar sagrado sou eu ou o sujeito sentado à minha frente? (Favero, 2022, p. 12).

Essa problematização não implica defender que pessoas trans e travestis sejam desassistidas de cuidados em saúde por parte de equipes multidisciplinares. A questão é se a “excepcionalidade” dos procedimentos transexualizadores se sustenta face à quase totalidade de cirurgias eletivas e/ou com finalidades estéticas realizadas por pessoas cis, que, independentemente dos riscos que apresentem à saúde física e/ou mental, não são sistematicamente tomadas como objeto de avaliação psiquiátrica/psicológica. Se a resposta for negativa, cabe a pergunta: o que justifica a excepcionalidade do controle rígido e minucioso dos saberes médicos-psi exercido sobre os trânsitos hormonais, cirúrgicos, políticos e existenciais de pessoas trans e travestis? Isso torna ambígua a mobilização da noção de *irreversibilidade* dos procedimentos de modificação corporal.

Ninguém menciona a possibilidade de diagnosticar o gênero. Não o gênero em si. Ninguém fala em DSM, CID 10 ou 11. Não pela classificação nosológica, pelo menos. Mas me parece muito presente aqui o teor avaliativo da escuta. Existe toda uma preocupação com possíveis transtornos psíquicos... Com traços borderline ou com estados maníacos... Não é que esses elementos eventualmente não possam aparecer. Acho que perceber isso também faz parte de uma escuta integral, não preocupada apenas com o gênero e a sexualidade. Pelo menos esse é o argumento [...]. “Não adianta olhar só *pras* (sic) questões de gênero, tem que ver o que tá acontecendo na vida da pessoa.” E eu concordo, em princípio. *Tá* (sic) escrito no meu projeto. Mas às vezes parece que o gênero [trans] vem acompanhado dessa aura de fragilidade, de instabilidade. [...] Eu não sei bem qual é a implicação aí. (Diário de campo, julho de 2023).

Embora seja difícil definir, essa tendência parece orbitar em torno da questão do arrependimento, do cuidado que há de se ter com a irreversibilidade. A respeito desse ponto, McQueen (2016) problematiza a instrumentalização da destransição e do risco de arrependimento para promover um controle mais estreito sobre os processos de transição. Toma-se a destransição como um desfecho trágico e como sinal do "fracasso em assegurar o indivíduo como um gênero estável e reconhecível; um erro no sentido de que a pessoa nunca foi transexual de verdade (ou, então, um caso autêntico/genuíno de transexualidade)" (McQueen, 2016, p. 565, tradução livre). Essa ideia de "arrependimento" e de "autenticidade" se fez sentir, implicitamente, nas falas de parcela considerável das/des/dos profissionais de saúde que escutei no decorrer da pesquisa.

No acompanhamento ambulatorial das demandas por hormonização, a necessidade de avaliação psicológica parece implicar isso. E se o corpo desejado não for, de fato, alcançado? Isso invalidaria a busca inicial por procedimentos hormonais? E se a pessoa não estiver preparada para *todos* os possíveis efeitos adversos? Esse nível de preparação é encontrado e/ou esperado em outras esferas da vida? Ou, ainda, para pessoas cis que passam por cirurgias estéticas? É difícil determinar em que medida essa preocupação está relacionada com um olhar clínico que busca, ainda que não se utilizando de um manual diagnóstico, encontrar "a verdade" sobre o gênero da/de/do usuária/e/o. Parece estar implícita, no entanto, a ideia de que ser capaz de *suportar o sofrimento* da transição valida o sofrimento da "incongruência".

Se pensarmos no trânsito por outros serviços de saúde: qual seria, exatamente, o problema de querer "se definir" com muita pressa e em uma tenra idade? Ou dos "modismos" de identidade? Não é só o corpo que está em jogo, mas é como se uma transição social representasse uma quebra na pretensa unidade de um indivíduo; algo que, assim como o corpo, é irrecuperável. Uma cisgeneridade cristalina, sem rasgos, sem manchas, talvez? Se afirmar uma identidade trans é algo que deve ser feito quando há certeza, talvez a implicação seja que isso só deve ser feito em último caso.

A cisgeneridade precisa da certeza, da constância, da imutabilidade para continuar existindo como norma. As transgeneridades, transexualidades e travestilidades não se subordinam a essa lógica de futuridade, de uma existência estável (Bagagli, 2016; Favero, 2020a); não estão necessariamente fundamentadas em uma pretensa *substância* de gênero que vai modificando alguns contornos à medida que os debates feministas avançam. É o próprio [c]istema de produção do humano (viviane v., 2015) que corre o risco de ser dessubstancializado. Para transicionar, não é preciso inventar uma outra certeza sobre o gênero e colocá-la à prova, mas inventar outras formas de existir que são sempre provisórias – é migrar na direção da provisoriedade (Preciado, 2017, 2020).

4.6 Precisamos de provas da identidade?

Somos profissionais de saúde. O que justifica exigir que alguém nos "prove" a sua identidade de gênero para ter acesso à hormonização, impondo mais barreiras ao cuidado em saúde para uma população que já sofre com a falta de acesso?

As posições aqui não são unívocas. Se, por um lado, há um controle tutelador do acesso à hormonização ou, em alguns casos, à assunção de uma identidade trans perante a sociedade

(sobretudo com pacientes mais jovens), há pelo menos um serviço em que prevalece a autodeterminação como um fundamento do cuidado em saúde. Trata-se de um ambulatório de atenção à saúde de pessoas trans e travestis. É o reflexo da mobilização intensa de ativistas trans que lutam pela despatologização das identidades trans e pela dissolução de práticas de saúde, sobretudo no domínio da psiquiatria e da psicologia, que tenham como objetivo – implícito ou explícito – estabelecer uma normalidade das transexualidades, travestilidades e transgeneridades.

Há pelo menos uma parcela de coletivos profissionais do campo da saúde, sobretudo na psicologia, que tem se aliado à luta protagonizada por ativistas trans. Tal é o caso do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que, apesar de avançar na discussão em torno da despatologização das identidades trans e travestis, não está livre de críticas aos seus posicionamentos por parte dos movimentos trans. Conforme já mencionado anteriormente, Favero e Souza (2019) denunciam a aderência do CFP a uma perspectiva tuteladora no que diz respeito à psicologia como um saber que deve contribuir para a avaliação psicológica nos processos de transexualização. Recentemente, em junho deste ano, foi lançado o documento “*Referências Técnicas para atuação profissional em políticas públicas para a população LGBTQIA+*”, do CREPOP (Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas). O material propõe descentralizar a avaliação psicológica nos casos de solicitação médica para aprovar procedimentos cirúrgicos e/ou hormonais, mas não desestabiliza a necessidade desse tipo de atividade. Recomenda, no entanto, que se faça um uso estratégico da produção de laudos, determinando que

no caso desta solicitação de um laudo psicológico para uma cirurgia em pessoas transgênero, psicólogas, psicólogos e psicólogues busquem trazer elementos que não apenas reforçam o estigma sobre pessoas trans precisarem do aval de um profissional que ateste sobre uma decisão cirúrgica, mas destaquem aspectos psicológicos que favoreçam a compreensão sobre sua capacidade de decidir por si e os benefícios expostos para decisão da intervenção, bem como o entendimento dos limites e possibilidades relativos ao procedimento. (CREPOP, 2023, p. 94).

Algo a se reconhecer é que a psicologia, apesar de contribuir com o debate sobre o cuidado em saúde para pessoas trans (e de efetivamente produzir normalidades em suas práticas clínicas, institucionais, processos formativos e produção de saberes), não regula formalmente as normas de acesso a procedimentos de modificação corporal hormonais ou cirúrgicos. Essas são atribuições do Conselho Federal Medicina e, no caso do acesso via SUS, também do Ministério da Saúde.

De um lado, cabe à psicologia, à medicina e às demais profissões da saúde (embora a primeira seja mais participativa e incisiva nesse debate), avançar firmemente na defesa da

autodeterminação e da autonomia de pessoas trans e travestis e da eliminação da compulsoriedade de práticas avaliativas. De outro lado, contudo, a Psicologia atua com os instrumentos que lhe são possíveis de acordo com as normas de acesso vigentes – que, hoje, exigem laudos, pareceres e avaliações psicológicas ou psiquiátricas. Sem dúvidas, instrumentos de patologização. No entanto, se um laudo ou um parecer *é*, neste momento histórico-político, uma *condição* para que se tenha acesso aos procedimentos hormonais e cirúrgicos, produzi-los de modo estratégico pode ser uma forma de não desassistir pacientes trans e travestis em busca de viabilizar seu processo de transexualização. Outra forma de dar suporte a pacientes em busca disso, discutida por Favero (2020b), é recomendada pelo CRP/RS (Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul): ao invés de laudos, produzir relatórios “contrários à patologização” (Favero, 2020b, p. 416). Trata-se de “aliar-se ao paciente para pensar essa cena como uma negligência médica, e não um processo natural das coisas – afinal, não há nada de natural em médicos esperando a autorização de psicólogos para que possam atuar” (Ibidem, 2020, p. 416).

Seguir na perspectiva de caminhar nas linhas formalizadas pela medicina – mas produzidas lado a lado com os saberes *psi* – é, contudo, refugiar-se num discurso que pretende combater na superfície, promovendo mudanças na linguagem, mas não nas práticas de cuidado (Favero, 2022). Sobre a pergunta que abre esta seção: lembro de me sentir positivamente impactada e surpresa ao ouvir que “a pessoa não precisa nos provar que ela é trans; ela chega ao serviço e tem acesso à hormonização” [Diário de campo, junho de 2023]. No percurso de campo, percebi poucos posicionamentos decididamente na contramão de um “teatro roteirizado pela nosologia” (Favero, 2022, p. 7), que presume a necessidade de uma avaliação psiquiátrica para identificar possíveis morbidades que interfeririam na capacidade de decisão da/de/do paciente sobre o seu gênero.

Há, aqui, uma descentralização da figura da/de/do profissional de psiquiatria ou psicologia; a dissolução de seu poder de autorizar ou de negar acesso à hormonização, de determinar a *aptidão* de pacientes trans e travestis para tal. Ao mesmo que escapa do roteiro avaliativo, a atuação desse serviço prioriza o atendimento multidisciplinar, sem, no entanto, centralizá-lo nas demandas cirúrgicas e hormonais. Esse último ponto – a multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado – é um pressuposto do cuidado em saúde em ambos os serviços direcionados à população trans e travesti que conhecemos. A diferença crucial está em como se organizam em torno das demandas de hormonização, que, embora descentralizadas em ambos os serviços, se desdobram em diferentes caminhos de acesso. Para um deles, faz-se valer o

princípio da autonomia da/de/do usuária/o/e; para o outro, a capacidade de decisão de quem solicita acesso está suspenso pela necessidade de avaliação de suas intenções e aptidão psíquica.

Vieira, Pereira, Dutra e Cavalcanti (2019) denunciam que as políticas de saúde para pessoas trans e travestis no Brasil têm historicamente dado prioridade aos procedimentos chamados de transexualizadores, o que implica “a necessária rearticulação de toda uma rede de poder que se organiza ao redor e a partir dos grandes centros da alta complexidade” (p. 170). As autoras e os autores apostam no fortalecimento da Atenção Básica como um ponto de acesso à rede de saúde para pessoas trans e travestis, considerando que esse nível de atenção à saúde é precariamente acessível a elas: “dada a sua proposta de cuidado integral, localizado e multiprofissional, pode ser, por si, campo desarticulador do poder médico centrado na norma cisgênera.” (Vieira; Pereira; Dutra; Cavalcanti, 2019, p. 170). Ressalto, nessas linhas, que, se as barreiras de acesso à saúde para pessoas trans e travestis se impõem logo na porta de entrada, descentralizar o saber médico-psi nos serviços direcionados à população trans e travesti torna-se uma tarefa premente, considerando que absorvem parte significativa das demandas de outros pontos da rede.

4.7 Silêncios

Pergunta que não existe. Silêncio proposital para aquelas que pouco aparecem, pouco são ditas, pouco lembradas. Aquelas que existem para nós, do AMBITRANS, quando somamos parte da nossa equipe à de outro serviço para realizar atividades de promoção em saúde com profissionais do sexo. Assim como elas não chegam até nós, as lembramos, talvez, pouco mais do que outras/es/os profissionais de saúde e estudantes de graduação com quem dialogamos se lembram delas. As/os/les estudantes de graduação, devo dizer, fizeram-no aqui ou acolá. Nos momentos em que pude compartilhar um pouco do percurso de pesquisa e do AMBITRANS com alunas/es/os de graduação, tive a distinta sensação de que falar sobre a cisgeneridade como uma norma lhes causava menos estranhamentos. Consequentemente, o fato de existirem experiências de gênero trans e travestis que não se espelham na lógica da cisgeneridade também não lhes parecia gerar tantas dúvidas. Ressalto, no entanto, que o fato de, na minha experiência, essas/es/us terem dialogado menos do que as/os/les profissionais de saúde, deixa isso no campo das impressões, baseadas nos olhares e nos acenos que parecem acompanhar ou não o que

dizemos, que concordam ou discordam. Como ocorre em qualquer espaço, no entanto, é preciso apontar que não parece haver uma única postura em relação a isso.

Quanto às travestis, também peço por não as lembrar suficientemente, por mencioná-las sem explicar a potência dessa identidade. Caberia a mim explicá-la? Nas falas para estudantes e em momentos de capacitação, discuti a determinação social do processos saúde-doença, sobre barreiras de acesso e permanência, sobre precarização da vida nas dimensões de educação, trabalho, renda, habitação, rede de apoio, segurança alimentar. São esferas consistentemente precarizadas nas vidas de pessoas trans e travestis, como vêm mostrando as pesquisas sobre (Benevides; Nogueira, 2021; Benevides, 2023; Gomes, 2023). Todas essas são domínios da vida diretamente implicados nas condições de saúde das pessoas, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020).

Tratei de fazer as devidas ressalvas e diferenciações entre grupos LGBTQIA+; de dizer e mostrar, com os dados disponíveis, que a população transexual, transgênera e travesti está sobremaneira vulnerabilizada em todas essas esferas – dentro de um grupo maior que, mesmo em sua heterogeneidade racial, étnica e socioeconômica, já vive com fragilizado estatuto como sujeitos de direitos, o qual está permanentemente suspenso pela movimentação anti-LGBT na política institucional e em movimentos institucionais de extrema-direita (Junqueira, 2018). Na perspectiva da crítica à cisgeneridade como norma, ressaltai que as travestis, em relação às mulheres transexuais, têm suas possibilidades de vida condicionadas a uma normatividade de gênero que as considera um *desvio* diante das duas possibilidades identificatórias que seriam fundacionais do humano: as categorias “homem” e “mulher” performadas em uma matriz de convergência heterossexual (Butler, 1990).

Nessas ocasiões, pensava: e se eu estiver, inadvertidamente (ou por negligência), atribuindo à travestilidade a condição fundamental e inescapável de sofrimento? (Favero, 2020a). Estou contribuindo para propagar a invisibilização das travestis e a precarização de suas vidas? Por que elas não aparecem, seja para nós do AMBITRANS ou para os demais serviços de saúde? Elas não aparecem ou nós não as vemos? Não aparecem ou nós não as vemos por que partimos de uma concepção de travestilidade ontologicamente vinculada à prostituição, à marginalidade e a uma estética “menos passável”? Provavelmente, isso contribui para que não as vejamos, mas também acredito que pouco acessem os serviços de saúde. Conversei sobre isso com uma colega do AMBITRANS enquanto pensava sobre isso. A existência de novas possibilidades de identificação, inclusive fora do registro binário, estão sendo mais assumidas pelas gerações mais jovens? É uma possibilidade – pelo menos entre as/os/les usuárias/es/os do AMBITRANS e, conforme os relatos de profissionais de outros serviços, parece haver uma

tendência nessa direção. Não escutam de outras/es/os profissionais relatos de pacientes que se declararam travestis – o que certamente não significa que não frequentem serviços de saúde, mas, no mínimo, que os profissionais não tomam conhecimento disso.

Sigo pensando, no entanto, que certamente *existem* travestis na cidade, e o fato é que elas não acessam o ambulatório – seja por não julgarem necessário, por não gostarem e/ou confiarem na proposta ou pela dificuldade de acesso. Outro fato é que nós precisamos da população LGBTQIA+ tanto quanto ou mais do que ela precisa de nós. Temos pesquisas vinculadas ao ambulatório, temos um plano de ações para cumprir, e temos de responder a uma instituição externa que justifica a existência do projeto, assim como à própria universidade. Trata-se, afinal, de um projeto de extensão. Não cabe assumir a postura benevolente de que *nós* é que temos o que o público-alvo precisa.

Sobre aquelas que pouco lembramos, nunca sei bem responder, nas raras ocasiões em que sou perguntada, o que é travesti e qual a diferença entre travestis e mulheres transexuais e transgêneras, seja no campo de pesquisa ou nos outros espaços de convivência. Sempre gaguejo. Respondo que é uma identidade local, latino-americana e sobretudo brasileira, que não se subordina à concepção medicalizada de transexualidade. Ressalto que, diferentemente do que se pensa no senso comum, ser travesti não tem relação com o desejo de modificar ou não o corpo. Há travestis que desejam fazê-lo e outras que não; há travestis que optam pela hormonização, mas não por quaisquer cirurgias; também ou somente por cirurgias. Algumas vezes, faço eu mesma o preâmbulo, sem ser perguntada.

Há diferentes respostas possíveis. Jaqueline Gomes de Jesus (2012) define que “são travestis as pessoas que vivenciam papéis de gênero feminino, mas não se reconhecem como homens ou como mulheres, mas como membros de um terceiro gênero ou de um não-gênero” (p. 17). Por outro lado, Viviane V. (2015) sublinha que não há “critérios objetivos para se dizer quem é travesti (tentativas de delimitar estes critérios não faltaram, no entanto)” (p. 168). A autora explica que

costuma-se associar as vivências travestis aos hormônios, às cirurgias plásticas, às ruas em que o sexo é negociado, aos assassinatos cotidianos, além de diversos termos ofensivos relacionados a estas pessoas. Mais que tudo, entretanto, acredito que as vivências travestis estejam associadas à ideia (equivocada) de que as travestis não têm direito às suas identificações como mulheres e/ou como pessoas femininas, quando não à sua humanidade mesma. Ao serem desumanizadas, ao serem simplificadas àquilo que uma sociedade ávida por menosprezar deseja – ao lugar da abjeção, da marginalidade, da disponibilidade e abuso do sexo pago e descompromissado –, ao terem seus nomes sociais desrespeitados, as travestis seguem caminhos individuais repletos de problemas, tão complexos quanto se esperaria de qualquer grupo humano, mas compartilhando uma série de características comuns. (Viviane V., 2015, p. 168).

No cotidiano do AMBITRANS, é comum nos referirmos às “pessoas trans” para abarcar todas as identificações de gênero que estão fora do campo da cisgeneridade. Dos momentos em que as “travestis” são especificamente evocadas em nossas falas – não em oposição às mulheres trans, mas frequentemente lado a lado –, um dos mais salientes é quando pautamos as ações em saúde com trabalhadora/es/ies do sexo. O AMBITRANS participou, junto a outro serviço que liderou a ação, de duas operações de entrega de materiais de prevenção a ISTs em casas noturnas e para as trabalhadoras que têm a rua como ponto de trabalho. Em uma das ocasiões, eu acompanhei a visita às casas, sendo que uma delas foi identificada como moradia de travestis e/ou de mulheres trans (não me recordo, agora, qual termo foi usado – talvez o primeiro).

O objetivo da nossa participação nessa atividade foi de realizar busca ativa da população trans e travesti no município, sobretudo a parcela que vive em condições socioeconômicas mais precarizadas e que, por essa razão, enfrenta barreiras mais densas de acesso à saúde – inclusive aos serviços de atenção à saúde da população LGBTQIA+. É um público que não costuma chegar até nós. Não sabemos a razão, mas posso novamente supor algumas: desinteresse pelas ações desenvolvidas no projeto (e que é preciso afirmar como motivo perfeitamente legítimo, se assim for, pois considero que o fato de oferecermos algumas formas de assistência não significa que pessoas trans e/ou travestis devam por obrigação acessá-los); uma história (presumida) de tutelamento e/ou de violência experimentada no trânsito entre diferentes serviços de saúde; a possível dificuldade de acesso ao ambulatório, considerando que se localiza em uma região mais abastada da cidade, distante da periferia, no interior de um campus universitário – um espaço historicamente negado às pessoas trans e travestis, sobretudo as travestis negras (Oliveira, 2018). Somadas a esse contingente, estão as pessoas que não se enquadram em uma normatividade trans produzida pelos saberes médicos-psi, considerando que atuam “violentamente na legitimação de quais corpos, ainda que trans, são mais legítimos que outros” (Vieira; Pereira; Dutra; Cavalcanti, 2019).

Em todas as casas que visitamos (não apenas as habitadas por trabalhadoras trans e/ou travestis) na operação de busca ativa da qual participei, apresentamos o ambulatório, as ações ofertadas e as formas de acesso. Fizemo-nos considerando que desconhecemos as identidades de gênero e sexualidade das pessoas que transitam pelas casas, sejam elas trabalhadoras ou clientes. Como pesquisadora e psicóloga cisgênera, fincada em uma discursividade cisnormativa, não estou isenta de (re)produzir a noção de que travestilidade está intrinsecamente vinculada à marginalidade e à prostituição. Foi o que fiz ao presumir, nas conversas com as equipes do AMBITRANS e do serviço que acompanhamos, que as trabalhadoras não cisgêneras se identificassem como travestis. Depois, repensando o encontro,

é que percebi isso, sem saber dizer por que o havia pensado – se havia recebido a informação de alguém e a tomado com naturalidade ou se, de fato, a associação inicial fora minha.

Outra maneira com que a vinculação entre as transgeneridades, travestilidades e transexualidades apareceu no diálogo com operadores de saúde é a presunção de que a identidade trans ou travesti é algo que “se veste” *para* trabalhar com o sexo, como se fosse a encarnação de uma persona. Compreendi que essa noção estava ligada à passabilidade variável das trabalhadoras, dependendo de estarem “fora do relógio” ou “montadas” para trabalhar. Entretanto, quando conheci algumas delas, observei que nada sugeria que elas se “montassem” em horário de trabalho, mas que são pessoas transfemininas, uma vez que se referiam a si mesmas com pronomes femininos.

Esses percursos têm mostrado que as práticas de saúde estão condicionadas a uma visão medicalizada, higienizada e cisnormativa das identidades trans e travestis, considerando que as últimas são evocadas em nossos diálogos, quase sempre, em associação com a prostituição. Ao escaparem do binarismo homem/mulher imposto pelo regime da diferença sexual, se somam às demais identidades não-binárias em um percurso de des-identificação (Bonassi, 2022) com a cisnormatividade como regime de poder, não apenas com uma cisgeneridade compreendida como individual e subjetiva (viviane v., 2015) – o que ao mesmo tempo fratura o discurso psiquiátrico-psicológico acerca das identidades trans e travestis e condiciona essas identidades a um controle ainda mais estreito sobre suas performatividades de gênero (viviane v., 2015; Latham, 2017; Heyes; Latham, 2018; Favero, 2020a).

5. Diversidade e diferença na formação em saúde: para além da celebração

Na discussão feita até aqui, procurei demonstrar os modos pelos quais as práticas de saúde com pessoas trans e travestis, a partir dos movimentos que fiz ao atuar no AMBITRANS, firmam ou afrouxam sua âncora na cisnormatividade e nas concepções patologizantes sobre as transexualidades, travestilidades e transgeneridades. Pensando com viviane v. (2015), compreendo que a cisgeneridade é uma norma de dimensão tanto ontológica quanto epistemológica – porque dá os contornos das humanidades possíveis/inteligíveis (Butler, 1990) e porque seus pressupostos alicerçam um modo de ver, de interrogar e de classificar que se pretende detentor de uma objetividade total, cujo alcance seria universal (Haraway, 2009).

Pensar em caminhos para a formação em saúde, se adotarmos os pressupostos de Haraway (2009), implica reconhecer a parcialidade e a posicionalidade de todo saber. No registro teórico da mesma autora, Favero, Marini e Senna (2023), ao pensarem o campo da psicologia, garantem que não começamos do zero: “Existe uma psicologia marcada, adjetivada, parcial, que está inconformada com as convocações por ‘mais’ objetividade ou por ‘mais’ neutralidade” (p. 5). Recordo-me de meu próprio processo de formação em psicologia e percebo que, sim, o convite a uma perspectiva parcial – ainda que não nos termos de Haraway (2009) – marcou algumas disciplinas – especificamente, aquelas que tratavam das psicologias social, comunitária, institucional, escolar, do trabalho; que se debruçavam sobre as políticas públicas e/ou sobre a saúde coletiva.

Em relação às demais áreas da saúde, destaco a medicina, pois realizei uma fala para uma turma desse curso, que parece não oferecer tantas oportunidades de escapar do modelo hegemônico de fazer ciência. Uma das etapas que tornam possível esse movimento é a disciplina de Educação e Saúde, que visitei como integrante do AMBITRANS e pesquisadora. Nesse curso, entretanto, a universalidade dos saberes se alia de forma mais contundente com a pretensa universalidade da cisgeneridade e da heterossexualidade. Algumas alunas relataram que apenas em ocasiões muito raras ouviram falar sobre saúde de pessoas LGBTQIA+. Em cada módulo, há um sujeito presumido das práticas de saúde: um homem ou uma mulher cisgênero/a e heterossexual.

Tendo isso em consideração, trato, neste capítulo, de problematizar alguns aspectos da formação em saúde e de propor uma direção para que sigamos pensando. Faço coro com Favero (2022) quando diz que não basta incluir conteúdos sobre gênero e sexualidade em nossos currículos. Pensando nisso, retomo a crítica de Tomaz Tadeu da Silva (2014) às pedagogias

fundamentadas na celebração da diversidade e nas noções de respeito e tolerância, as quais não desafiam os processos de normalização e de hierarquização das identidades:

Em geral, o chamado 'multiculturalismo' apoia-se em um vago e benevolente apelo à tolerância e ao respeito para com a diversidade e a diferença. É particularmente problemático, nessas perspectivas, a ideia de diversidade. Parece difícil que uma perspectiva que se limita a proclamar a *existência* da diversidade possa servir de base para uma pedagogia que coloque no seu centro a crítica política da identidade e da diferença. Na perspectiva da diversidade, a diferença e a identidade tendem a ser naturalizadas, cristalizadas, essencializadas. São tomadas como dados ou fatos da vida social diante dos quais se deve tomar posição. Em geral, a posição socialmente aceita e pedagogicamente recomendada é de respeito e tolerância para com a diversidade e a diferença. Mas será que as questões da identidade e da diferença se esgotam nessa posição liberal? (Silva, 2014, p. 73).

Diversidade, a propósito, é um termo quase ubíquo nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde. Cabe olharmos para como isso se coloca nas DCN e se articula com os temas do gênero e da sexualidade. Conforme a tabela de áreas do conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pertencem às ciências da saúde os seguintes campos: Saúde Coletiva, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Destaco a Psicologia devido à sua centralidade nesta pesquisa e porque, apesar de se filiar às Ciências Humanas, psicólogas, psicólogues e psicólogos são consideradas/es/os profissionais da saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1998).

Considerando esses cursos, são 37 pareceres e resoluções que instituem as DCN, sendo que a *valorização* e o *respeito* à diversidade aparecem em 27 documentos como orientadores da ética profissional, que devem ser instilados nos processos de formação em nível de graduação. O termo *diversidade*, algumas vezes, é mencionado isoladamente, sem qualificadores. Outras vezes, a diversidade pode ser *humana, cultural, nacional, subjetiva, de valores, teórico-epistemológica, socioeconômica, ambiental, política* ou *regional*. Em um número reduzido de menções, a diversidade é *étnico-racial, de gênero* ou de *orientação sexual*.

Os qualificadores *de gênero* e *de orientação sexual*, que aqui interessam em particular, aparecem nas diretrizes dos cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia. É considerado um dever das instituições de ensino superior (IES) formar a/o/u profissional “cirurgião-dentista para atuar considerando a ética e as dimensões da diversidade [...] étnico-racial, de gênero, orientação sexual [...]” (CNE/CES, 2021, p. 2). Da mesma forma, a Resolução CNE/CES nº 3/2014 estabelece que as/os/les estudantes de Medicina devem ser preparadas/os/es para “considerar sempre as dimensões da diversidade [...] étnico-racial, de gênero, orientação sexual, [...] e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana [...]” (CNE/CNES, 2014, p. 2-3). Também se determina a adoção de

postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, **de gênero, de orientação sexual**, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência” (CNE/CES, 2014, p. 5, grifo meu).

Um dos pressupostos que sustentam essas diretrizes é a necessidade de incorporar os princípios do SUS nas práticas de saúde: equidade, integralidade e acesso universal à saúde. No caso da Psicologia, Amaral, Ribeiro e Barros (2022) pontuam que, embora os pareceres e resoluções emitidos até o ano de 2011 não fizessem menção aos estudos de gênero e sexualidade, os documentos de 2001, 2002, 2004 e 2011 preconizavam a articulação entre saberes, a compreensão histórica dos sujeitos e a incorporação de "epistemologias sociais, filosóficas, antropológicas e biológicas" (p. 341) aos processos de formação em psicologia.

Os anos de 2017 e 2018 foram ativos para os debates em torno da reformulação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de psicologia. Nessa época, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) e a Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI) produziram um relatório no qual preconizavam a abordagem das desigualdades sociais "étnico-raciais, de classe, do patriarcado, de gênero" e "as dimensões geracionais e da diversidade sexual" (Amaral; Ribeiro; Barros, 2022, p. 342) como temáticas fundamentais na formação em psicologia. Como fruto desses debates, em 2019 as DCN voltaram a enfatizar a necessidade da diversidade epistemológica e teórico-metodológica nos currículos de psicologia.

Em outubro de 2023, foi publicada a Resolução CNE/CES nº 1, que institui novas diretrizes curriculares para o curso de Psicologia. Aqui, mantêm-se alguns pontos que já foram mencionados nos pareceres nº 1071/2019 e nº 179/2022 do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES). No Art. 8º, parágrafo 5º da resolução atualizada, se estabelecem como competências fundamentais a serem desenvolvidas nos processos de formação em Psicologia:

IV – Trabalhar respeitando a diversidade e mostrar competência cultural, tendo em vista os seguintes princípios: a) atuar tendo como fundamento o conhecimento e compreensão do contexto histórico, político, social e cultural de clientes, usuários, colegas, grupos, organizações, populações e outros atores; b) **respeitar as diversidades de gênero**, sociocultural, étnico-racial, religiosa e outras; c) trabalhar de maneira acolhedora, empática e efetiva considerando todas as formas de diversidade. (CNE/CES, 2023, p. 5, grifo meu).

Na mesma direção das DCN, Machin, Paulino, Pontes e Rodrigues (2022) argumentam que, apesar dos esforços consideráveis dos conselhos de psicologia em estabelecer diretrizes de atuação profissionais orientadas pelo respeito aos Direitos Humanos, alguns pressupostos permanecem intocados, e indagam “em que medida o debate sobre a prática profissional diante

de aspectos relacionados à ‘diversidade’ (de gênero, sexualidade, raça/etnia etc.), apesar de importante e incluso em resoluções, possui impacto sobre as bases teórico-metodológicas da profissão?" (Machin; Paulino; Pontes; Rodrigues, 2022, p. 3801). As autoras e o autor identificam o mesmo movimento nas DCN dos cursos de Medicina, uma vez que as orientações acerca das diversidades de gênero, sexualidade, classe social e étnico-raciais orbitam em torno da questão do *respeito* e da *compreensão* de realidades distintas da norma cis-heterossexual. Não apresentam, portanto, o compromisso de romper com a "noção biomédica de uma ciência cartesiana, branca e heteronormativa" (p. 3802).

Na sequência, indagam “quais corpos (e diversidades?) importam ou não importam para a formação médica no Brasil" (Ibidem, p. 3802), e problematizam o próprio uso do termo "diversidade", que, tanto nas DCN da psicologia quanto da medicina, tendem a incorrer na essencialização de determinados grupos. Sobretudo no campo da medicina, o termo “diversidade” aparece nas DCN de forma genérica, sem dar nome aos grupos de que fala, o que pode contribuir para a invisibilização das pluralidades de raça, gênero, sexualidade e classe social “como se [elas] não fossem determinadas e se determinassem mutuamente”, ignorando o seu caráter interseccional (Ibidem, 2022, p. 3801). Uma busca pela sigla “LGBTQIA+” e suas variações confirma que o termo não aparece nas DCN da psicologia, da medicina e dos demais cursos da área da saúde. Os grupos que compõem essa população não são, portanto, explicitamente mencionados.

Há, no entanto, outra problemática a ser abordada sobre o uso do termo “diversidade” para evocar as questões de gênero e sexualidade. Uma das leituras possíveis sobre o termo é que ele se refere *a todos* os gêneros e *todas* as sexualidades, como poderia sugerir o seu uso genérico nas DCN. Entretanto, o que tenho percebido, nas ocasiões em que fui convidada a realizar falas e/ou capacitações em virtude da minha vinculação com o AMBITRANS, é que *diversidade* parece sempre nomear *o outro*, aquela/e/u que *precisa* ser nomeada/o/e. Ao apontar isso, não pretendo afastar de mim a acusação, porque também já fiz uso do termo “*diversidade de gênero e sexualidade*” para falar sobre a determinação do processo saúde-doença e seus impactos na saúde da população LGBTQIA+, para conversar sobre LGBTfobia com estudantes do Ensino Fundamental ou sobre a patologização das identidades trans e travestis com estudantes de psicologia e medicina. Não me parece que o problema seja meramente semântico, mas que quando dotado da *função* de nomear pessoas *que não são cisgêneras* e *que não são heterossexuais*, o termo perpetua a paradoxal invisibilidade da cisgeneridade e da heterossexualidade em sua pretensa naturalidade.

No capítulo três, citando Tomaz Tadeu da Silva (2014), pontuei que a *diferenciação* é um processo de hierarquização que engendra a identidade produzida como *natural*, mas que, justamente por seu estatuto de universalidade, não lemos como uma identidade à parte. O mesmo processo determina “a diferença” como aquilo que diverge da norma. Para o autor, no entanto, a diferença nomeia a *produção* daquilo que nomeamos como *diferente*. Diferente, divergente, diverso. São termos que se correlacionam quando nos referimos aos gêneros de pessoas trans e travestis. Há, nesse sentido, uma diferença-resultado e uma diferença-processo. A primeira é justamente aquela tomada como sinônimo de *diferente*. Ela se aproxima, portanto, de um dos usos correntes da palavra “diversidade”. Nesse sentido, a diferença é lida como mera derivação da identidade, a qual, por sua vez, seria a posição originária – exatamente como concebemos a cisgeneridade, conforme vimos no trabalho de viviane v. (2015). Ao contrário da diferença como resultado de derivação, a diferença como *processo* indica, nesse câmbio de estatuto, que ela é *anterior* à identidade. Tanto a identidade quanto “o diferente” são fabricados por esse processo; o cânone humano (materializado no indivíduo cis, hétero, branco e europeu) tanto quanto uma travesti negra e periférica.

Aqui, é interessante observar tanto a maneira como as demandas por falas, rodas de conversa e capacitações são endereçadas ao AMBITRANS (*falar sobre a sigla LGBTQIA+*, *falar sobre diversidade*, *falar sobre LGBTQifobia*) quanto o modo como o AMBITRANS nomeia seus objetivos com as ações de capacitação e com materiais paradidáticos (*falar sobre diversidade de gênero e sexualidade* na escola, com profissionais de saúde *sobre saúde da população LGBTQIA+*).

Não entendi muito bem a demanda. O que significa “falar sobre a sigla”? Também não entendi muito bem a explicação quando perguntei. A gente vai na escola “falar sobre as letras” da sigla LGBTQIA+? Ou LGBTQIAPN+? A gente vai anunciar que pessoas LGBTQIA+ existem e explicar a existência delas em um conjunto de letras? Saber o que significa cada letra vai fazer diferença? Vai reduzir o bullying LGBTQifóbico na escola? (Diário de campo, outubro de 2023).

O que chama atenção é que, quando nos propomos a pensar e falar sobre diversidade, partimos do pressuposto de que todas as identidades não cisgêneras e não heterossexuais precisam ser sistematicamente explicadas. Além de naturalizar a posição cisgênera como originária (porque nada aí precisa ser explicado), isso sugere que cada uma dessas letras dá conta de uma identidade unívoca, livre de dissenso e contestação internos. A pesquisadora viviane v. (2015) já apontava a complexidade de se definir um grupo tão plural quanto as travestis, por exemplo. Favero (2022), ao pensar a prática clínica da psicologia com pessoas trans e travestis, segue na mesma direção, argumentando que essas pessoas não compõem um monobloco, não existem numa narrativa única e estável.

Um dos pressupostos de cursos e especializações sobre “diversidade sexual e de gênero” é que será possível saber quem são esses indivíduos. Entretanto, diferenciar sexualidade de identidade de gênero, por mais pedagógico que consiga ser, não sustenta uma relação terapêutica durante muito tempo. É preciso que exista algo depois disso. (Favero, 2022, p. 4).

Não sustenta uma relação terapêutica e, arrisco dizer, tampouco quaisquer objetivos de capacitação, especialização ou sequer de sensibilização que formações complementares possam oferecer. Essa estratégia – explicar o que significa cada letra – foi mencionada em diferentes momentos quando planejamos ações de sensibilização, capacitação e materiais paradidáticos – sendo que, até o momento, produzimos um material direcionado a estudantes do ensino médio.. No caso desse material, nos afastamos da ideia de produzir uma cartilha sobre LGBTfobia ou algo semelhante a um glossário, considerando que muitos materiais desse tipo já circulam em livre acesso pelas redes. Decidimos desenvolver uma história que envolvesse o cotidiano escolar de um grupo de estudantes e, com isso, problematizasse a LGBTfobia na escola. Com a verba do Fundo Positivo, foi possível contratar os serviços de uma ilustradora e escritora de livros infantis que já pesquisou no campo dos estudos de gênero e sexualidade em articulação com a escola.

Para esse material, seguimos pensando em *diversidade de gênero e sexualidade*. Embora a história tenha sido desenvolvida pela escritora – em formato de quadrinhos –, participei da concepção desse material junto ao restante da equipe designada para essa atividade, além de ter revisado o material algumas vezes, a pedido da autora principal, com o intuito de identificar possíveis elementos inadequados e/ou desatualizados em relação à atualidade dos estudos de gênero e sexualidade. Nessa ocasião, tanto quanto nas ações de sensibilização que desenvolvi no campo da saúde, me senti ocupando a posição impossível de “especialista de gênero” (Latham, 2017). Entendo que meu olhar pode estar afinado para algumas questões, mas tenho igual ciência de que meu entendimento não é consenso nesse campo, de que falo da posição de uma pessoa cisgênera e que, ainda que falasse como uma pessoa trans, não é possível ter *domínio* de demandas tão complexas, plurais e eventualmente discordantes dos ativismos trans e LGBTQIA+.

Por exemplo, sabemos que uma parcela importante de pessoas trans compreendem o seu corpo “biológico” como uma incorreção e um deslocamento em relação ao corpo que melhor representaria o seu gênero: a ideia de ter nascido no corpo errado. Também uma parte das pessoas trans concebe a sua experiência como um trânsito inaugurado pela biologia: ter *nascido* menino/menina e ter se *tornado* menina/menino. O fato de que pesquiso mobilizada por conceitos que desestabilizam a noção do gênero como destinatário natural de um “sexo

biológico”, tais como o de cisnormatividade, proposto por Viviane V. (2015), ou de “matriz heterossexual de inteligibilidade”, cunhado por Butler (1990), não me autoriza a deslegitimar esse modo de se posicionar na identidade. No entanto, uma das sugestões que fiz no processo de revisão da história, que acompanha a vida de uma adolescente trans e suas relações familiares, escolares e de amizade, foi que não se construísse uma narrativa em torno de uma posição originária marcada pela biologia como uma verdade inequívoca. A intenção foi que a posição da narradora fizesse resistência às personagens que veem na protagonista uma essência de menino, ao invés de se aliar a essa temporalidade marcada pelo corpo (primeiro, pelo seu desígnio ao nascer e, mais tarde, pela modificação das características corporais consideradas masculinas).

Um grande desafio acompanhou a produção desse material, dadas as possibilidades de contribuição que vislumbrei no percurso. Foi o de ir além de um chamamento genérico ao “respeito às diferenças” (o mesmo que encontrei ao transitar no campo da saúde, algo que abordarei adiante). Considero que cumprimos o objetivo em boa medida, uma vez que a autora principal desdobrou, em uma narrativa sensível, aspectos de uma existência trans que contestam certas expectativas de uma vida transexualidade espelhada na cisgeneridade. Além de não centralizar o corpo como alvo de sofrimento, a personagem principal não segue uma trajetória heterossexual, como se poderia esperar dela. É uma menina trans, lésbica e branca que vem a namorar sua melhor amiga, uma menina cis, lésbica e indígena. Nas demais personagens, o eixo gênero-sexualidade também é interseccionado com marcadores de raça, de etnia e de deficiência. O caráter *produtivo* da norma que posiciona esses corpos em uma esfera de abjeção (Butler, 2004) é sugerido em algumas passagens.

O que me parece tornar esse exercício dificultoso são duas razões. Uma delas é a possibilidade de entrada e aceitabilidade desse material nas escolas, considerando-se as possíveis resistências de familiares, professoras/es/ies e, em alguns casos, das/des/dos próprios alunos/es/os. Além disso, o fato de ser um material direcionado a adolescentes, estudantes do Ensino Médio, presumivelmente exige uma linguagem mais didática. A possibilidade de “traduzir” a produção da cis-heteronormatividade a esse formato se tornou, portanto, tanto quanto ou mais dificultosa do que abordá-la com profissionais e estudantes da área da saúde. Ainda que o fizéssemos, um apelo ao respeito, à não violência e à aceitação das diferenças e da diversidade parece soar menos ameaçador às sensibilidades reacionárias do que desestabilizar a cis-heterossexualidade como posição originária e fundadora do humano, da qual as demais seriam meras derivações (Silva, 2014). Afinal, a mera ação de apontar *a existência* de outras

identidades, gêneros e sexualidades e, com isso, convocar ao dever de aceita-las e respeitá-las, não pressupõe a dissolução das hierarquias produzidas no processo de diferenciação.

Esse desafio também se impõe nas ações de sensibilização para trabalhadoras/es/ies da área da saúde e estudantes/estagiárias/es/os dos cursos de psicologia e medicina, embora de outras maneiras. Aqui, há de se contestar pressupostos de toda uma produção de *saberes* que compõem o regime de verdade da razão científica (Foucault, 1988). Retomo meu percurso na graduação em psicologia: nas disciplinas mais voltadas às teorias e técnicas da psicologia clínica, lembro-me de poucos momentos em que discutimos as implicações de transportar saberes do norte ao sul global. Em relação às temáticas de gênero e sexualidade, particularmente nas discussões sobre psicanálise, alguns tensionamentos já foram propostos: por exemplo, dizer que “função materna” e “função paterna” não pertencem respectivamente a mulheres e homens, mas que essas posições podem ser exercidas por diferentes sujeitos. Ou, então, propor que a configuração da cena edípica e suas saídas podem acontecer de modos “cruzados” ou que não correspondam ao modelo esperado. No entanto, a estrutura básica dessas funções permanece intocada. Cabe perguntar se, num país com uma formação histórica tão distinta dos países europeus, essas categorias podem ser meramente “transportadas” e minimamente ajustadas à atualidade das relações de gênero e sexualidade (mas não à sua história, ligada ao processo de colonização).

Nas linhas de Grosfoguel (2016), entendo que essas são características compartilhadas pelas universidades ocidentalizadas, as quais "internalizaram as estruturas racistas/sexistas criadas pelos quatro genocídios/epistemicídios do século XVI" (p. 42) contra as populações africanas, indígenas, muçulmanas, judaicas e de mulheres indo-europeias, processo que conferiu privilégio e autoridade ímpares aos homens cis ocidentais na produção de conhecimento. Trata-se de um legado da filosofia cartesiana, que assume como princípio ontológico o dualismo corpo-mente, produtor de um "Eu" capaz de acessar uma realidade objetiva e descorporificada (Haraway, 2009), equivalente ao "olho de Deus". Espelhar a realidade, assim, independeria de localização e posicionamento históricos, culturais e geográficos, fundamentando-se unicamente no método solipsista: engajar-se em um monólogo interior, respondendo às perguntas propostas pelo próprio Eu. O privilégio de constituir um "Eu", que "existe porque pensa", não tem se estendido, historicamente, a toda a humanidade, mas exclui justamente aqueles grupos cuja humanidade ocupa um estatuto incerto, contestado (Grosfoguel, 2016).

Tributária dessa estrutura do saber é a atribuição da posição de *faladas* às pessoas trans e travestis (Favero, 2020a), ao mesmo tempo que a sua patologização no campo da medicina

lhes nega a condição de *falantes* nas práticas de saúde, “impondo uma quietude epistemológica a sujeitos estudados, tratados e corrigidos” (p. 39). Essa atitude se reflete também na academia, sendo que há poucas travestis pesquisadoras, segundo a autora. Em outra publicação, Favero (2022) denuncia que o campo psi tem se engajado na produção de um conhecimento *sobre* as pessoas trans e travestis no campo psi – e *sobre* as transgeneridades, travestilidades e transexualidades –, no lugar de fazê-lo *com* essas pessoas. Essa é uma atitude bastante naturalizada no campo da saúde – e confesso que, ao participar das atividades do AMBITRANS, eu mesma compartilhei dela. Foi durante o processo de escrita desta dissertação que me dei conta do fato de que, quando propusemos momentos de capacitação da própria equipe do AMBITRANS, nós consideramos que *capacitadores* seriam outros profissionais de saúde que atendem a população trans e travesti, especialmente em ambulatórios direcionados para esse público. Não consideramos que uma forma de capacitação – a despeito de possíveis ressalvas em relação ao termo – poderia ser dialogar com os próprios movimentos de pessoas trans, travestis, lésbicas, gays, bissexuais, intersexo, não-binárias e outras.

Nas vezes em que o AMBITRANS ofereceu capacitações ou participou de eventos – ou, no meu caso, quando fui convidada a falar para alunos de psicologia e medicina e para trabalhadores do campo da saúde –, tentei escapar da posição presumida de “especialista de gênero” que pode ser atribuída a quem pesquisa sobre o tema e, principalmente, a quem está vinculada a um ambulatório de atenção à saúde da população LGBTQIA+. Esse nome – capacitação – me provocou algumas inquietações:

Estou eu mesma *capacitada* para fazer isso? O que significa estar *apta* a capacitar alguém? E o que significa *capacitar* alguém? Tornar alguém *apto* a alguma coisa? A atender a população LGBTQIA+? Isso não pressupõe que, como regra, não estejam aptos a isso? Certamente há especificidades de saúde que são particulares às pessoas trans, travestis, lésbicas, gays, bissexuais... Ou, então, que afetam esses grupos desproporcionalmente. A verdade é que desconheço a maioria dessas especificidades. (Diário de campo, agosto de 2023).

Também não queria tentar explicar *quem são* as pessoas LGBTQIA+, lembrar o público de que a diversidade existe e de que precisam estar atentos a isso. Prefiro não chamar de *capacitação* esses momentos. Para mim, foram muito mais de *sensibilização* – e reconheço, também, que esse termo denuncia a precariedade das ações de formação complementares focadas na população LGBTQIA+. Três razões: 1) *sensibilizar* pressupõe que atender pessoas LGBTQIA+ com equidade e integralidade requer uma *sensibilidade* particular e individualizada; 2) denuncia, também, que essa sensibilidade está em falta; 3) o fato de se configurarem como ações complementares, normalmente relegadas a palestras e cursos de curta duração, mostra o estatuto frágil que essas discussões ocupam nos processos de formação.

O terceiro ponto foi algo relatado por parte das/des/dos profissionais de saúde que me escutaram: que, exceto em momentos pontuais, questões relacionadas à população LGBTQIA+ (na perspectiva da saúde ou para além dela) não foram discutidas em suas formações de base. Quanto ao curso de psicologia, esse movimento normalmente parte dos alunos, mediante a proposição de eventos acadêmicos que incluem ou protagonizam debates sobre gênero e sexualidade. É o caso da Semana da Diversidade, cuja quinta edição, em 2023, consistiu na participação do AMBITRANS com algumas falas apresentando o ambulatório e, da minha parte, discutindo alguns tensionamentos que o campo dos estudos de gênero e sexualidade trazem para a psicologia. Foi a mesma direção que segui nas falas que realizei em turmas do curso desse curso.

A valorização e o respeito à diversidade de gênero e/ou de orientação sexual, objetivos que aparecem em uma parcela das DCN dos cursos da saúde e da psicologia, não se materializam de maneira transversal nos currículos de medicina e psicologia (Amaral; Ribeiro; Barros, 2022; Machin; Paulino; Pontes; Rodrigues, 2022). Reforça a fragilidade dessas discussões o fato de o AMBITRANS preencher uma pequena parcela disso que se têm chamado de “lacunas” no processo formativo (Santos, 2012) – considerando, ainda, que o ambulatório ativamente *produz* a demanda que o faz ser convocado a falar na medida em que divulga seus serviços. É preciso lembrar que o AMBITRANS funciona como um projeto de extensão na universidade. Está vinculado à carga horária de professoras/es que se mobilizaram para dar seguimento ao projeto, que foi desmobilizado durante o período da pandemia, com a saída da antiga coordenadora. Ao professor coordenador atual e à professora colaboradora, somaram-se estudantes que se vincularam ao ambulatório em virtude de suas pesquisas – sendo que sou uma delas – e bolsistas do projeto. A maior parte das ações desenvolvidas pelo AMBITRANS foram possíveis devido ao recebimento de verba externa por parte do Fundo Positivo.

Compreendo, com isso, que as propostas de contribuir para a formação de estudantes e profissionais da saúde ainda dependem, sim, de uma sensibilidade pessoal, de afinidade com os estudos de gênero e sexualidade e de uma disposição individual – coletivizada no AMBITRANS – para desenvolver ações de atenção à saúde da população LGBTQIA+. Trata-se de um público que historicamente não tem sido tomado como sujeito das políticas de saúde, e cuja visibilidade nesse campo começou a ser fomentada em associação com a epidemia de HIV/AIDS, nos anos 1980, conforme contextualiza o documento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, também conhecida como PNSI LGBT (Brasil, 2013a). Naquele primeiro momento, as ações de prevenção ao HIV/AIDS tiveram como público-alvo os homens gays e, minoritariamente, as travestis e mulheres trans. A PNSI LGBT se alinha com a perspectiva de

visibilizar grupos invisibilizados politicamente e em suas demandas de saúde, tais como as pessoas transexuais, travestis, lésbicas e mulheres bissexuais. Cabe ressaltar que essa política é fruto dos esforços de movimentos e coletivos compostos por esses grupos.

Trata-se de um cenário desenhado por visibilidades e invisibilidades. Ser invisível como sujeito de direitos, afinal, não é igual a ser invisível como alvo de violência e de estigmatização, como foi (e é) o caso dos homens cis gays e bissexuais e das mulheres trans e travestis que passaram a ser associados/as com o HIV/AIDS, que segue ocupando o estatuto de “doença moral” (Cazeiro; Silva; Souza, 2021). Ter suas demandas de saúde invisibilizadas não significa que, em um atendimento de saúde, uma pessoa identificada como trans passará despercebida. Ao contrário, tudo que foge à posição naturalizada da cisgeneridade se torna eminentemente conspícuo. Foi diante desse cenário que pensei nas possibilidades de “capacitar” profissionais para a atenção à saúde da população LGBTQIA+. Em uma das ocasiões, dividi o momento com uma colega o AMBITRANS, que abordou aspectos clínicos sobre a saúde de pessoas LGBTQIA+, o papel dos profissionais de saúde e protocolos de atendimento. No sentido de complementar a discussão proposta pela colega, discuti os determinantes sociais do processo-doença, focalizando aspectos elencados pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020), tais como renda, educação, inclusão social, emprego e inclusão no mercado de trabalho, habitação, proteção social e as barreiras de acesso à saúde. Minha intenção foi mostrar que a saúde da população LGBTQIA+ é determinada por mais do que uma disposição pessoal dos profissionais de saúde, embora esse também seja um dos fatores que obstaculizam o acesso e a qualidade dos atendimentos em saúde. Além disso, abordei o tensionamento entre visibilidade e invisibilidade, entendendo que a diferença – assumida como produto e derivação da identidade – se torna hipervisível diante da confortável invisibilidade da posição cis-heterossexual.

A discussão de Favero (2022) demonstra que a própria insistência em perguntar *como, afinal de contas, atender pessoas trans e travestis* denuncia que a ciência e a prática psicológicas são construídas sobre o alicerce da cisgeneridade como marca inequívoca do humano. Consequentemente, quando nos deparamos com pessoas que desafiam essa universalidade, é como se as técnicas e as teorias psicoterápicas e clínicas de repente se embaralhassem, como se perdessem o fio. De repente, um/a psicólogo/a¹³ se percebe incapaz de oferecer uma primeira escuta em caráter de acolhimento, de estabelecer aliança na relação terapêutica. É como se a transexualidade, travestilidade ou transgeneridade protagonizasse as demandas da pessoa que busca atendimento e ofuscasse a sua totalidade, o que exigiria uma abordagem distinta na forma

¹³ O uso das duas categorias legíveis, aqui, serve para marcar a posição binária e a correspondente dificuldade de conceber outras formas de existência.

de acolhê-la. Arrisco dizer que essa angústia do “não saber” é tributária da sensação de que pessoas trans e travestis não são simplesmente dotadas de singularidade (inclusive nas formas de viver o gênero e a sexualidade, como qualquer pessoa cis-heterossexual), mas que são percebidas como outra categoria de humano, que transita entre as linhas do humano e não-humano, na medida que se aproxima ou se afasta da convergência sexo-gênero-desejo, tornando-as mais ou menos inteligíveis (Butler, 1990).

Nos diálogos que tivemos com profissionais de saúde mental, essa preocupação com as *especificidades* do gênero se colocam de forma ambivalente: ao mesmo tempo que se preocupam em manter uma visão integral nos atendimentos, não circunscrita às questões de gênero e sexualidade, é evidente que as (in)determinações do gênero suscitam inquietações, mesmo quando essa preocupação não é manifestada por pacientes. Por um lado, as/os/les profissionais se sentem convocadas/es/os por pacientes a participar do processo de definição do gênero, pressupondo que há uma urgência em fazê-lo. No entanto, é notável, como tentei mostrar no capítulo anterior, que esse incômodo está para além da posição em que são colocadas/es/os, mas implica as suas concepções sobre o gênero, sobre as transgeneridades, travestilidades e transexualidades; coloca em xeque alguns dos pressupostos que parecem orientar a escuta. A noção de que a cisgeneridade é uma posição originária e fundadora do humano, e que, portanto, quaisquer travessias para outros territórios de gênero devem ser acompanhadas e ponderadas com muito cuidado, opera como uma norma não dita e não escrita na clínica (Stona; Ferrari, 2020).

A invisibilidade dessa norma foi algo que procurei abordar nos momentos de sensibilização e nas falas para profissionais de saúde e estudantes de psicologia e medicina. Tentei instigar a inversão do olhar proposta por Favero (2022) e por Leite (2015) nos campos da psicologia e da medicina, respectivamente: não perscrutar as identidades e as pessoas trans e travestis como categorias, mas a própria psicologia e o modo como ela tem normatizado as vivências trans (Favero, 2022). Na mesma tônica, Leite (2015) convoca o campo da medicina: “Poderia então o dispositivo da medicina, nessa torção, dizer outra coisa não só sobre os corpos das pessoas trans, mas dizer outra coisa sobre si mesmo?” (p. 323). Esse movimento é tomado pelo desafio que o autor propõe, indagando se, diante das instigações do transfeminismo, a medicina é capaz de se reinventar em direção ao cuidado em saúde integral das pessoas trans, para além dos procedimentos cirúrgicos e hormonais e dos diagnósticos que centralizam os debates acerca das transgeneridades nas ciências médicas. O autor propõe inverter a valoração que pressupõe a medicina como detentora da verdade sobre as experiências trans, sugerindo

que questionemos "o que as pessoas trans têm a dizer, ou melhor, a ensinar para a medicina?" (p. 322).

Diante disso, quando falamos em formação em saúde na perspectiva da integralidade do cuidado (conforme enfatizado nas DCN dos cursos da saúde), capacitar para o uso da terminologia “correta”, para a disposição de acolhimento às diversidades, para o combate à discriminação? Trata-se de um exercício de vocabulário, de apresentar didaticamente as diferentes identidades LGBTQIA+ (pressupondo a sua fixidez e unanimidade de significados)? De um repertório terminológico, classificatório e protocolar das formas de assistir pessoas trans e travestis? Todas essas ações podem, é claro, abrandar o peso dos diagnósticos, ajudar a desestigmatizar as experiências trans e travestis, bem como estancar as violências sofridas nos contextos de saúde.

Basta um chamamento ao respeito, à tolerância e à aceitação “das diversidades” – das derivações da identidade naturalizada? Tomaz Tadeu da Silva (2014) indaga se, no lugar disso, não deveríamos construir projetos educacionais centrados “na diferença, concebida como processo, uma pedagogia e um currículo que não se limitassem a celebrar a identidade e a diferença, mas que buscassem problematizá-las?” (p. 74). Para além da celebração e da problematização, Favero (2022), ao discutir a atuação da psicologia, propõe que:

Se a base da clínica, de modo geral, é uma base cissexista, **não estamos falando da necessidade de uma formação extra. Quicá de uma formação precária.** Estamos falando, estranhamente, de uma disciplina bastante nobre, que atuou junto a juízes, desembargadores, médicos e planos de saúde no detrimento da cidadania de pessoas trans e travestis. **Essa formação não precisa ser melhorada, mas desfeita.** O uso do termo "empenho" é porque esse distanciamento – ou o ato de (des)cisgenerizar – nunca está completo, ele é um movimento, uma constante. (Favero, 2022, p. 11, grifos meus).

Diante disso, recusar a pretensão de saber universalmente e resgatar a objetividade parcial e localizada (Haraway, 2009) são formas de fraturar a cisnormatividade nos processos de formação em saúde. Entendo que isso não depende unicamente daquilo que se passa no campo da saúde e nas práticas de formação, mas, também, da produção de outras formas de ler a humanidade, outras matrizes de inteligibilidade – que não se pretendam universais, mas provisórias (Preciado, 2020). Não obstante, apostar numa pedagogia da diferença-processo, que visibilize o seu caráter produtivo em relação à identidade e à diferença (Silva, 2014), significa deslocar a cisgeneridade (e a cis-heteronormatividade) de sua suposta naturalidade, da posição referencial para derivações. Significa embaralhar as hierarquias da matriz de inteligibilidade dos gêneros – e, nisso, perder algumas cartas, mas ganhar outras.

6. Quem pode subverter as normas de gênero?: últimas provocações

Uma pergunta final. Não para encerrar a discussão, mas por futuras dissonâncias. É a pergunta que fiz a mim mesma em várias paradas no território da pesquisa. Algo que me parece palpável é a crescente assimilação de diversas possibilidades de desafiar o comportamento, a estética, a sexualidade e outras expectativas para o gênero designado, desde que experimentadas no domínio da cisgeneridade. Romper com papéis de gênero é relativamente compreensível – e até desejável – até que se manifeste o “problema clínico” das transexualidades, travestilidades e transgeneridades (Latham, 2017). Nesse caso, as manifestações de conformidade e de inconformidade se tornam indicadores, sinais, sintomas, dúvidas que colocam o gênero em suspensão. Enquanto isso, a posição cisgênera parece dispor de um refúgio relativamente confortável e seguro para explorar performatividades de gênero que fujam aos padrões estéticos e comportamentais esperados.

Quem pode experimentar o gênero, vesti-lo de diferentes formas, reunir consigo traços “masculinos” e “femininos”? Quem pode deliberar sobre o próprio gênero? Desde que assegurada a posição originária do sexo (preferencialmente branca e de classe média ou alta), há muito que pode se tornar maleável. A cisgeneridade é uma âncora robusta para a legibilidade humana. Para pessoas trans e travestis, o corredor de convergências é mais apertado: já se começa em dívida por dessacralizar a natureza sexuada. Quando o gênero não corresponde ao sexo, espera-se que ao menos a expressão de gênero corresponda à identidade afirmada. Ser colocada/e/o à prova é quase uma certeza inegociável.

Essa parece ser a tônica de muitas das práticas de saúde e das concepções de profissionais de saúde sobre as transexualidades, transgeneridades e travestilidades. Uma das formas em que isso aparece é na afirmação de uma juventude em suspensão, quando se trata de afirmar uma posição desalinhada com a cis-heterossexualidade. Essa estratégia é diferente daquela propagada por Saadeh e Del Negro, conforme a discussão de Favero (2020a), a qual exige uma hipervigilância sobre o gênero para identificar o mais cedo possível a transexualidade, impulsionando a transição social na infância como uma maneira de evitar possíveis sofrimentos, mas também de identificar e classificar determinadas tendências e comportamentos como *sinais* e *sintomas* de pertença “ao outro” gênero, como vimos a respeito do diagnóstico de disforia de gênero.

São estratégias distintas, mas ambas levam a um caminho de preservação da cisgeneridade. Advogar que jovens possam experimentar com a expressão de gênero e/ou com a sexualidade “sem se definir”, mas, ao mesmo tempo, não estranhar quando a certeza está

localizada na cis-heterossexualidade, se coloca como uma das formas de resguardar a sua posição originária. Da mesma forma, a certeza cisgênera sobre o próprio corpo carrega consigo a prerrogativa de tomar decisões com uma liberdade que a certeza transgênera, transexual ou travesti não acessa. Atribuir uma vulnerabilidade psíquica inerente aos deslocamentos em relação à cisgeneridade – o que justificaria a sua regulação particular, isto é, o *excepcionalismo trans* discutido por Heyes e Latham (2018) – garante que o abandono dessa posição pretensamente universal tenha sempre um tom de fatalidade, de um traço de humanidade perdido no caminho – a possibilidade de se ancorar no sexo biológico como definidor da experiência de gênero, ainda que essa experiência produza alguns deslocamentos em relação à cisnorma.

Retomando os primeiros parágrafos, ressalto que o fato de a posição do abjeto estar paulatinamente se deslocando das homossexualidades para as transgeneridades, transexualidades, travestilidades, não-binariedades, intersexualidades (Rodrigues; Gusman, 2021) não significa, de forma alguma, que o jogo esteja “ganho” para gays, lésbicas, bissexuais e pansexuais. Deslocar-se da matriz heterossexual de inteligibilidade (que articula sexo, gênero, desejo e práticas sexuais) requer sempre uma concessão, uma negociação. A sexualidade ainda evoca preocupações quanto à suposta degeneração moral no cenário das políticas contra a “ideologia de gênero” (Junqueira, 2018). A precocidade também entra em cena como um sinal de alerta, seja entre profissionais de saúde ou de educação, nos serviços de saúde ou na escola, como procurei mostrar no capítulo quatro.

Entretanto, parece haver algo particularmente desestabilizador quando se constata a insuficiência do desígnio de sexo para determinar um destino de gênero – uma categoria que confere humanidade aos corpos na mesma medida em que é capaz de revogá-la (Butler, 2004). Especialmente quando se envolve o corpo nesse processo. Aí, assim como na infância, há duas posições aparentemente opostas, mas que trabalham em consonância. Regular o acesso a procedimentos de modificação corporal, apreendê-lo até que se alcance uma certeza suficientemente convincente para a linearidade cisgênera – temporal e substancial – e, por outro lado, uma vez que a identidade trans é afirmada, esperar que o corpo acompanhe tal enunciação num movimento óbvio e natural, espelhado na cisgeneridade.

Aquelas que pouco lembramos, as travestis, fissuram essas expectativas de formas distintas: ao desafiar a concepção de que sua identidade *travesti* e não *transexual* corresponde aos trânsitos e às permanências do corpo (comumente, se entende que manter o pênis seja uma marca das travestis) e, igualmente, ao recusar uma das duas posições legíveis como humanas (homem e mulher), situando-se não entre uma e outra, mas como uma (des)identificação com

essas duas categorias, assim como outras possibilidades de não-binariedade, não capturáveis em uma experiência única, mas que engendram, nesse percurso, modos de ser algo que “não existe” (Bonassi, 2022). Não existe, no entanto, porque tudo há de ser fabricado, assim como a cisgeneridade o foi – e o é – no olhar que determina a universalidade dessa posição a partir de uma visão que se pretende total (Haraway, 2009) e que olha para experiências de gênero não-ocidentais (contemporâneas ou passadas) buscando traduzi-las ao sistema do dimorfismo sexual, conforme problematiza Anzini (2021).

Conforme ressaltei antes, mesmo o saber psicanalítico, que escapa ao paradigma do positivismo, opera com uma âncora no dimorfismo sexual e na cisnormatividade. Isso mostra que as concepções patologizantes sobre as transexualidades, travestilidades e transgeneridades, embora inscritas no vocabulário da nosologia psiquiátrica, não permanecem circunscritas apenas a esse domínio, e que, portanto, a patologização pode acontecer em diferentes tonalidades. Ela não precisa, necessariamente, mobilizar categorias do DSM-5 ou da CID-11 (tampouco quaisquer edições pregressas). O que procurei demonstrar no quarto capítulo é que essas diferentes tonalidades, entretanto, também não se limitam aos campos do saber que as engendraram. Não partem “das/des/dos psiquiatras” ou “das/des/dos psicanalistas” ou, ainda, psicólogas/ues/os. Profissionais de áreas distintas (psicologia, enfermagem, psiquiatria, nutrição, psicanálise etc.) também têm seu olhar constituído pela cisnormatividade *psi*, principalmente quando, por exemplo, profissionais desses diferentes campos atuam na área de saúde mental. Entretanto, é interessante notar que, enquanto uma acepção mais psiquiátrica da transexualidade, com seu universalismo norte-americano (Henriques; Leite, 2019), pergunta pelos sinais e sintomas, uma visão tributária da psicanálise, ao incorporar a diferença sexual em termos simbólicos, evoca as figuras de cuidado, as funções parentais, os conflitos internos e as defesas psíquicas (Stona; Ferrari, 2020) – essa última posição esteve muito mais palpável no território da pesquisa.

No quinto capítulo, tentei mostrar que isso representa um desafio maior do que o de celebrar as diversidades no processo de formação em saúde, de afirmar a existência de diferenças e de especificidades. Tomá-las como naturais e cristalizadas é um risco quando apostamos nessa estratégia (Silva, 2014). Pensar a diferença como processo, e não como *resultado* da derivação de uma posição identitária fundacional, proposta de Tomaz Tadeu da Silva (2014), caminha na direção de expor a cisgeneridade como uma posição *naturalizada*, mas não *natural* (viviane v., 2015). Compreendo, entretanto, que fazê-lo requer um esforço em direção a certo horizonte – vislumbramos uma paisagem, mas o caminho não parece ter fim. Trata-se de um esforço permanente, como lembra Favero (2022).

Para que possamos empreender essa tarefa, é necessária uma inversão, na qual a investigação dos sinais e sintomas do gênero, problematizada na seção “*Precisamos perguntar tanto?*”, dê lugar à interrogação dos pressupostos cisnormativos na formação em saúde. Como efeito disso nas práticas em saúde, a inversão não se trataria de uma autocensura, mas de perguntar de outros modos: “se o relato de um/a/e paciente põe em xeque minhas referências para pensar o gênero, em que ponto elas falharam em contemplar a variabilidade nas experiências da transexualidade/travestilidade/transgeneridade?”.

A busca pela certeza, pela estabilidade, pela linearidade temporal, pelo sofrimento e por provas da identidade nos relatos de pacientes trans e travestis mostra que, em se tratando de práticas de saúde com esse público, o acolhimento frequentemente se confunde com um processo diagnóstico. Romper com essa busca nos processos de formação em saúde pela via da diferença requer, além de indagar a cisnormatividade, desestabilizar a noção de um sujeito constituído por um tempo que, simultaneamente, se divide com precisão (passado, presente e futuro) e cuja passagem se dá em uma linha contínua. Trata-se de dar lugar a um sujeito da multiplicidade, para quem o tempo aconteça como um “emaranhado [...]”; em vez de fluxo, uma massa; em lugar de rio, um labirinto” (Hur, 2013, p. 180). Um tempo que, para Deleuze, é de feito também de saltos e rupturas (Hur, 2013). Que não é de unidade, mas de multiplicidade – esta que, por sua vez, traduz o movimento da diferença, como nos apresenta Tomaz Tadeu da Silva (2002), quando nos diz que a “multiplicidade não tem nada a ver com a variedade ou a diversidade. A multiplicidade é a capacidade que a diferença tem de (se) multiplicar” (p. 66).

Liberadas do destino desenvolvimentista, pessoas trans e travestis não são meras representantes de uma pluralidade de infâncias que sinalizaram um presente trans. Também as infâncias não se obrigam a percorrer uma linha do tempo em direção a uma unidade subjetiva estável. Nesse sentido, interrogar a diferença (e a produção da diferença) exige o abandono de uma concepção de sujeito unitário, coeso e imutável, o qual justificaria a existência de uma identidade natural também fixa. Aceitamos celebrar a diversidade somente quando ela nos apresenta provas de sua estabilidade? Quando demonstra que nasceu e morrerá de um jeito, e que sua garantia de consistência, consonância e imutabilidade é a justificativa para o dever de aceitá-la?

Suplantar a celebração de diversidades fixas na formação em saúde provavelmente não é obra apenas para uma disciplina específica sobre gênero e sexualidade ou, então, sobre saúde da população LGBTQIA+ nos cursos de graduação da área da saúde. Sobre eventos de capacitação, talvez possamos dizer o mesmo. Se a implementação da PNSI LGBT (Brasil, 2013a) requer ações transversais, o mesmo vale para os processos de formação de profissionais

e/ou de estudantes do campo da saúde. E, aqui, vale uma ressalva sobre a potencialidade das ações do AMBITRANS. A existência de um projeto de extensão na universidade com o intuito de oferecer atenção à saúde de pessoas LGBTTQIA+, vinculado a um serviço-escola, por si, tensiona a organização cisnormativa do sistema educacional e de saúde, simultaneamente. É importante, no entanto, reconhecer os limites desse tipo de iniciativa. Por se tratar de um projeto de extensão, ele depende de renovação periódica para continuar existindo, da disponibilidade de professoras/es/ies e estudantes para atuarem no projeto, bem como a concessão de carga horária para que docentes sigam participando. Ao mesmo tempo que o AMBITRANS ganha visibilidade na universidade – sobretudo no curso de psicologia –, é preciso constantemente fomentar essa visibilidade e afirmar a importância de o projeto existir.

Quando demos início às atividades de 2023, havíamos firmado parceria com o Conselho Municipal da Diversidade e com a Coordenadoria Municipal da Diversidade. A ideia era expandir o AMBITRANS para fora dos muros da UNISC, articulando recursos entre a universidade e o município. Entretanto, não existe um plano em curso para dar seguimento a essa proposta inicial. Embora a parceria tenha sido firmada, não há um caminho formalizado para seguir na ampliação do ambulatório. Uma das ideias que têm circulado no âmbito da Coordenadoria Municipal da Diversidade é a de criar um ambulatório municipal ou estadual (a depender da mobilização de recursos para tal), oferecendo atendimento médico, dispensação de hormônios e acompanhamento médico do processo de hormonização. Nessa configuração, o AMBITRANS permaneceria como um ponto de referência na universidade para a oferta de suporte psicológico ao público LGBTTQIA+. Operariam, portanto, como serviços complementares, mas potencialmente desarticulados. Essa é, no entanto, uma discussão incipiente, sendo que desconhecemos a potencialidade de essas ações se concretizarem.

O que gostaria de ressaltar, entretanto, é a natureza frágil que o ambulatório, configurado como projeto de extensão, apresenta. A continuidade das ações a que demos início – inclusive as entradas que tivemos para dialogar com estudantes de psicologia e medicina – dependem de futuros financiamentos e da disponibilidade de uma equipe que já foi reduzida pela impossibilidade de estabelecer parcerias com profissionais em caráter voluntário, sendo que há, ainda, uma variabilidade pequena na formação de base das/dos atuais integrantes. Que a possibilidade de dialogar sobre o caráter normativo e universalizante da cisgeneridade dependa da existência de um projeto de extensão – e de pesquisas vinculadas a ele – é sinal de que esse ainda é um exercício incipiente. E não apenas porque as oportunidades de diálogo foram iniciais, mas porque o fato de a discussão ser mobilizada por profissionais e pesquisadoras que acabam por ser colocadas/os na posição de “especialistas de gênero” demonstra que esse

movimento fica largamente a cargo de agentes externos, e que não está integrado ao processo formativo na graduação.

Alguns pontos a considerar sobre isso, em vias de conclusão: atribuir a tarefa de preencher as ditas lacunas de formação em saúde, no que diz respeito às travestilidades, transexualidades e transgeneridades, unicamente a profissionais de saúde “especialistas”, colocadas/es/os nessa posição de saber, garante que os saberes do campo da saúde sigam tendo a palavra mais alta quando se trata das experiências, das especificidades e das questões de saúde das pessoas trans e travestis. Ademais, se assumimos que *existe* essa lacuna e que ela precisa ser diretamente enfrentada, cabe considerar que o ato de celebrar as diferenças e promover a aceitação são ações importantes, mas, isoladamente, não fraturam concepções cisnormativas. Nessa mesma direção, o ato de “capacitar-se” para *atender* pessoas trans e travestis, não é uma garantia, porque elas não constituem um grupo coeso e com todas as mesmas necessidades e desejos.

A *sensibilidade* é um fator ainda importante – porque nem sempre há sensibilidade para compreender os processos de sofrimento relacionados à transfobia e à LGBTfobia. No entanto, a cisnormatividade não está apenas enraizada nos indivíduos, assim como a cisgeneridade não é meramente a expressão de uma identidade individual (viviane v., 2015). Elas estão enraizadas também nos saberes que fundamentam as nossas práticas. Portanto, dissolvê-las não depende meramente da sensibilidade e da vontade de acolher. Isso não significa, entretanto, que a dimensão epistemológica esteja desconectada da ontologia disso que chamamos de humano: uma das marcas da cisnormatividade é justamente produzir o que somos capazes de apreender como humano (viviane v., 2015).

Há, nesse sentido, uma relação mútua entre os saberes e a matriz de inteligibilidade dos gêneros – que os humaniza ou desumaniza (Butler, 2004). A cisgeneridade é uma das marcas do cânone humano, e a sua leitura como posição natural, universalizada, é resultado de um processo de diferenciação e de hierarquização – ao invés de as transgeneridades, transexualidades e travestilidades serem derivações da cisgeneridade. Portanto, as práticas e os saberes do campo da saúde implicam a formação não somente a pensar quais são os pressupostos teórico-epistemológicos que orientam o seu fazer, mas também a interrogar, permanentemente, quem estamos evocando quando falamos em humanização do cuidado em saúde, em universalidade do acesso, em integralidade de atenção e, por fim, em *equidade*.

Equiparar as condições de saúde de pessoas cis, trans e travestis, envolveria apenas ter mais conhecimento sobre as necessidades de saúde de pessoas trans e travestis? Proporcionar mais serviços especializados em atender esse público? Ou uma disposição de acolhimento na

forma de receber usuárias/es/os? O respeito ao nome social – uma condição básica? Talvez outra pergunta a ser feita seja se é possível equiparar condições de saúde para um grupo social que tem sua humanidade permanentemente suspensa pela cisnormatividade, por seus distanciamentos e aproximações a essa estabilidade. Podemos almejar condições igualitárias ou equitativas de saúde para diferentes grupos sociais se apenas celebrarmos a sua diversidade, sem tocarmos nos alicerces de produção da diferença?

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Tassio. Evasão ou expulsão escolar de gays afeminados e travestis das instituições escolares e as vidas que não podem ser vividas. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, [S. l.], v. 13, n. 20, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/16898>.
- ANZINI, Violet Baudelaire. Gêneros perdidos: Tessituras: **Revista de Antropologia e Arqueologia**, v. 9, n. 1, p. 345–369, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufpel.edu.br/index.php/tessituras/article/view/1105>.
- AMARAL, Caroline; RIBEIRO, Paula Regina Costa; BARROS, Suzana da Conceição de. Por uma psicologia que (re)conheça a todos/as: discussões curriculares sobre a formação de psicólogos/as em relação às discussões sobre gêneros e sexualidades. **Psicologia Revista**, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 332–357, 2022. DOI: 10.23925/2594-3871.2022v31i2p332-357. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/52238>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GAYS, LÉSBICAS, TRAVESTIS, TRANSEXUAIS E INTERSEXO (ABGLT). **Pesquisa Nacional Sobre o Ambiente Educacional no Brasil 2016**: As experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais. Curitiba: ABGLT, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM III**. 3. ed. American Psychiatric Association. 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. p. 52-75.
- BENEVIDES, Bruna G. Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022. Brasília, DF: Distrito Drag, ANTRA, 2023. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2023/01/dossieantra2023.pdf>.
- BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naidier Bondim. **Dossiê dos assassinados e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>.
- BENTO, Berenice. A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, [S. l.], v. 3, n. 04, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2298>.

BENTO, Berenice. O que pode uma teoria? Estudos transviados e a despatologização das identidades trans. **Revista Florestan**, Ano 1, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.revistaflorestan.ufscar.br/index.php/Florestan/article/view/64>.

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581. mai./ago. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/GYT43pHGkS6qL5XSQpDjrqi/?lang=pt&format=pdf>

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. 3 ed. Salvador: Editora Devires, 2017.

BONASSI, Brune Camillo. Como ser algo que não existe: percursos universitários não binários. **Revista Temporis[ação]** v. 22, n. 02, p. 18, 1 dez. 2022. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/temporisacao/article/view/11926/9412>

BORBA, Rodrigo. Receita para se tornar um “transexual verdadeiro”: discurso, interação e (des)identificação no Processo Transexualizador. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, SP, v. 55, n. 1, p. 33–75, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/tla/article/view/8647390>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html.

BUTLER, Judith. **Gender Trouble**. Nova Iorque: Routledge, 1990.

BUTLER, Judith. **Undoing gender**. Nova Iorque/Londres: Routledge, 2004.

BUTLER, Judith. Desdiagnosticando o gênero. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 95–126, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100006&lng=pt&tlng=pt .

CAZEIRO, Felipe; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira Da; SOUZA, Emilly Mel Fernandes De. Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 3, p. 5361–5370, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021001705361&tlng=pt.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n. 1.482, de 19 de setembro de 1997. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1482_1997.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n. 2.265/2019, de 09 de janeiro de 2020. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2265>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n. 2.172/2017, de 27 de dezembro de 2017. Disponível em:

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2017/2172_2017.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM); CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA (CRM-SC). Nota conjunta das câmaras técnicas de urologia e cirurgia plástica sobre procedimentos médicos de aumento peniano. 2021. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/notas/SC/2021/1_2021.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogas, psicólogos e psicólogues em políticas públicas para população LGBTQIA+**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE); CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR (CES). Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Disponível em:

<https://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE); CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR (CES). Resolução n. 3, de 21 de junho de 2021. Disponível em:

<https://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE); CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR (CES). Resolução nº 1, de 11 de outubro de 2023. Disponível em:

<https://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 287, de 08 de outubro de 1998. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (CRM-ES). Parecer consulta nº 10/2017. 2016. Disponível em:

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/ES/2017/10_2017.pdf.

COSTA, Luciano Bedin da; AMORIM, Alexandre Sobral Loureiro. Uma introdução à teoria das linhas para a cartografia. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 14, n. 3, p. 912–933, 18 dez. 2019. Disponível em:

<https://ojsrevista.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/8045>.

COSTA, Luciano Bedin da. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. **Revista Digital do LAV**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 066–077, 2014. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/revislav/article/view/15111>.

COSTA, Luciano Bedin da. A cartografia parece ser mais uma ética (e uma política) do que uma metodologia de pesquisa. **Paralelo 31**, v. 2, n. 15, p. 10, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/paralelo/article/view/20997>.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 1. São Paulo: Editora 34, 1995.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DOMINIC, Kimi. **The True Transexual and Transnormativity: A Critical Discourse Analysis of the Wrong-Body Discourse**. 2021. 268 p. Dissertação (University of Victoria). University of Victoria, Vitória, Canadá. 2021.

FAVERO, Sofia. **Crianças trans: Infâncias possíveis**. Salvador: Editora Devires, 2020.

FAVERO, Sofia. (Des)epistemologizar a clínica: o reconhecimento de uma ciência guiada pelo pensamento cisgênero. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica**, Salvador, v. 05, n. 13, p. 403-418, jan./abr. 2020b. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/rbpab/article/view/7272>

FAVERO, Sofia. Como atender travestis e pessoas trans? (des)cisgenderizando o cuidado em saúde mental. **Cadernos Pagu**, [S. l.], n. 66, p. e226613, 2022. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8672114>.

FAVERO, Sofia; SOUZA, Fernanda Hermínia. (Des)patologizar é (des)diagnosticar? Inquietações sobre as disputas por autonomia no campo político. **Revista Periódicus**, [S. l.], v. 1, n. 11, p. 303–323, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/26914>.

FAVERO, Sofia; MARINI, Marine Bataglin; SENNA, Ariane. Uma Teoria Psicológica Transfeminista: Sobrevivendo aos Escombros da Saúde Mental Brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e243741, 2023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932023000100236&tlng=pt.

FERRAZ, Artur. 2023. Homem que agrediu mulher em restaurante por pensar que era trans é preso após prestar depoimento. Portal G1 [online], 28 de dezembro de 2023. **Pernambuco**. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2023/12/28/homem-que-agrediu-mulher-em-restaurante-por-pensar-que-ela-e-trans-e-preso-apos-prestar-depoimento.ghtml>.

FOUCAULT, Michel. **Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GIROTTO, Lúcio Costa et al. Normas, disputas e negociações: debates sobre a despatologização. **Revista Estudos Feministas**, v. 29, e71934, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ref/a/TwywR5rLJxpsDC8XjBTFdCD/>.

GOMES, Sávio Marcelino. 2023. Vulnerabilidade de travestis e transexuais à insegurança alimentar. Nexo Jornal [online], 28 de dezembro de 2023. **Políticas Públicas**. Disponível em:

<https://pp.nexojournal.com.br/opiniaio/2021/08/16/vulnerabilidade-de-travestis-e-transexuais-a-inseguranca-alimentar>.

GRIFFITHS, David Andrew. Georgina Somerset, British Intersex history, and the I in LGBTQI. **Journal of Homosexuality**, p. 1-24, 2023. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/00918369.2022.2164234>.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 5, p. 7-41, 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>.

HENRIQUES, Rogério Da Silva Paes; LEITE, André Filipe Dos Santos. A disforia de gênero como síndrome cultural norte-americana. **Revista Estudos Feministas**, v. 27, n. 3, p. e56662, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2019000300203&tlng=pt.

HEYES, Cressida. J.; LATHAM, J. R. Trans surgeries and cosmetic surgeries: The politics of analogy. **TSQ Transgender Studies Quarterly**, n. 5, v. 2, p. 174-189, mai. 2018. Disponível em: <https://read.dukeupress.edu/tsq/article-abstract/5/2/174/134504/Trans-Surgeries-and-Cosmetic-SurgeriesThe-Politics>.

HILLESHEIM, Betina; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. De que infância nos fala a psicologia do desenvolvimento?: Algumas reflexões. **Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 25, p. 75-92, dez. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752007000200005&lng=pt&nrm=iso.

HUR, Domenico Uhng. Memória e tempo em Deleuze: multiplicidade e produção. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 179-190, jul. 2013. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4698403.pdf>.

ISRAELI-NEVO, Atalia. Taking (My) Time: Temporality in Transition, Queer Delays and Being (in the) Present. **Somatechnics**, v. 7, n. 1, p. 34-49, 2017. Disponível em: <https://www.eupublishing.com/doi/10.3366/soma.2017.0204>.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. A invenção da "ideologia de gênero": a emergência de um cenário político-discursivo e a elaboração de uma retórica reacionária antigênero. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 18, n. 43, p. 449-502, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2018000300004&lng=pt&nrm=iso

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Líliliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. p. 32-51.

LAVAL, C. **A Escola não é uma empresa: O neo-liberalismo em ataque ao ensino público**. Londrina: Editora Planta, 2004.

LATHAM, J.R. (Re)making sex: A praxiography of the gender clinic. **Feminist Theory**, v. 18, n. 2, p. 177–204, 2017. Disponível em:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1464700117700051>.

LOCKMANN, K. Governamentalidade neoliberal fascista e o direito à escolarização. **Práxis Educativa**, [S. l.], v. 15, p. 1–18, 2020. <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.15.15408.061>.

LEITE, André Filipe dos Santos. Pode a Medicina (re)inventar-se ante o Transfeminismo?. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2015. Disponível em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/13415>.

MACHADO, Paula Sandrine. **O sexo dos anjos: Representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade**. 2008. 266 p. Tese (Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MACHIN, Rosana; PAULINO, Danilo Borges; PONTES, Júlia Clara de; et al. Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3797–3806, 2022. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/csc/a/cd97PnSf9Q3kLMRkDZCwx6b/>.

MACK, Carlos André Chaves. **A emergência da categoria da transexualidade na interseção com as técnicas biomédicas**. 2015. 105 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

MCQUEEN, Paddy. Authenticity, Intersubjectivity and the Ethics of Changing Sex. **Journal of Gender Studies**, v. 25, n. 5, p. 557–570, 2016. Disponível em:
<https://philarchive.org/rec/MCQAIA>.

MEDRADO, Benedito; SPINK, Mary Jane; MÉLLO, Ricardo Pimentel. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, Mary Jane; BRIGAGÃO, Jacqueline; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano; CORDEIRO, Mariana Prioli (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2014. (pp. 273-294).

OLIVEIRA, Itauane de; ROMANINI, Moises. Sobre existências: as narrativas de vida de mulheres trans e seus modos de resistência. **Revista Diversidade e Educação**, v. 7, n. 2, p. 419-447 jul./dez. 2019. Disponível em:
<https://periodicos.furg.br/divedu/article/view/9138/7465>.

OLIVEIRA, Megg Rayara Gomes de. Trejeitos e trajetos de gayzinhos afeminados, viadinhos e bichinhas pretas na educação! **Revista Periódicus**, [S. l.], v. 1, n. 9, p. 161–191, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/25762>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **CID10: Código Internacional de Doenças**. 1990.

PRECIADO, Paul B. My Body Doesn't Exist. In: LATIMER, Quinn; SZYMCZYK, Adam (Orgs.). **The Documenta 14 Reader**. Munique/Londres/Nova Iorque: Prestel Verlag, 2017.

PRECIADO, Paul B. **Yo soy el monstruo que os habla**: Informe para una academia de psicoanalistas. Barcelona: Editorial Anagrama, 2020.

RODRIGUES, Carla; GRUMAN, Paula. Do abjeto ao não-enlutável: o problema da inteligibilidade na filosofia de Butler, **Anuário Antropológico [Online]**, v. 46 n. 3, p. 67-84, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/aa.8933>.

RODRIGUES, Liliana; CARNEIRO, Nuno Santos; NOGUEIRA, Conceição. História das abordagens científicas, médicas e psicológicas sobre as transexualidades e suas aproximações críticas. **Saúde e sociedade**, v. 30, n. 2, e200768, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v9FDNgLMXWDCmqncqyb6v7r/?format=pdf&lang=pt>.

SANTOS, Adelyany Batista. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre transexualidade**. 2012. 76 p. Dissertação (Faculdade de Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

SANTOS, Manoel Antônio dos et al. Transexualidade, ordem médica e política de saúde: controle normativo do processo transexualizador no Brasil. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 03–19, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2236-64072019000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

SANTOS, Marcia Cristina Brasil. Protoformas do Processo Transexualizador no Brasil: apontamentos sobre a tortuosa institucionalização da assistência à saúde de pessoas Trans no SUS entre 1997 e 2008. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), e22303, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sess/a/4XQ7zFTfCrKgm3JFsnFnrDh/?lang=pt>.

SILVA, Tomaz Tadeu da. Identidade e diferença: impertinências. **Educação & Sociedade**, v. 23, p. 65–66, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/CsCdCPbw7XVmXSVBQXpxkdx/abstract/?lang=pt>.

SILVA, Tomaz Tadeu da Silva. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. (pp. 73-102).

SOLL, Bianca M et al. Gender incongruence: a comparative study using ICD-10 and DSM-5 diagnostic criteria. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 40, p. 174–180, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbp/a/FB7hMGgSZMRhFTbRPptFFbQ/?lang=en>.

STONA, José; FERRARI, Andrea. O Cissexismo como uma norma não escrita da psicanálise (Ou: para que serve o gênero à clínica?). **Revista Periódicus**, [S. l.], v. 2, n. 13, p. 102–118, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/34779>.

viviane v. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade**. 2015. 244 f. Dissertação (Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Social determinants of health. 2020.
Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1