

# O gênero também é uma questão política nos consultórios

Gustavo Dias Santiago de Amorim

Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (USP)

São Paulo, Brasil

gustavodsamorim@usp.br

Bárbara Vukomanovic Molck

Pesquisadora colaboradora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

São Paulo, Brasil

bavukomanovic@gmail.com

## Resumo

O artigo analisa as tensões entre o modelo biomédico, gênero e cuidado, por meio de um ensaio teórico-conceitual qualitativo, com abordagem hermenêutica e análise crítica de literatura no campo da saúde coletiva, examinando como práticas clínicas e tecnologias moldam corpos e subjetividades no contexto das pessoas trans. À luz dos conceitos de Foucault (biopolítica) e de Preciado (regime farmacopornográfico, tecnogênero e *potentia gaudendi*) discute-se a ambivalência entre autonomia e regulação nas intervenções hormonais e cirúrgicas e os efeitos normativos de protocolos e linhas de cuidado. Inspirado por Espinosa, argumenta-se pela ampliação da potência de agir em encontros clínicos que reconheçam afetos e intersubjetividade. Conclui-se pela necessidade de reconfigurar o encontro clínico como espaço ético e dialógico, valorizando narrativas trans como saberes legítimos e enfrentando desigualdades no SUS, de modo a orientar práticas emancipatórias que ampliem a diversidade dos corpos e das vivências.

Palavras-chave: Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero; Acesso aos Serviços de Saúde; Políticas de Saúde; Equidade em Saúde; Identidade de Gênero.

## Abstract

The article analyzes tensions between the biomedical model, gender, and care through a qualitative theoretical-conceptual essay with an hermeneutic approach and critical analysis of literature in the field of public health, examining how clinical practices and

technologies shape bodies and subjectivities in the context of trans people. In the light of the concepts of Foucault (biopolitics) and Preciado (pharmacopornographic regime, technogender, and *potentia gaudendi*), the article discusses the ambivalence between autonomy and regulation in hormonal and surgical interventions and the normative effects of protocols and care guidelines. Drawing from Spinoza, the article argues for expanding the power to act in clinical encounters that recognize effects and intersubjectivity. It is concluded that there is a need to reconfigure the clinical encounter as an ethical and dialogical space, valuing trans narratives as legitimate forms of knowledge and addressing inequalities within Brazil's Unified Health System (SUS), so as to guide emancipatory practices that broaden the diversity of bodies and lived experiences.

Keywords: Health Services for Transgender Persons; Health Services Accessibility; Health Policy; Health Equity; Gender Identity.

## Introdução

A trajetória de evolução técnica e científica que possibilitou o desenvolvimento das ciências da saúde, da maneira como as entendemos e experimentamos, transformou também a forma como os corpos e suas funções são compreendidos socialmente. Com a consolidação do modelo anatômico-clínico a partir do século XVIII, a medicina passou a exercer um papel central na organização do saber sobre o corpo, vinculando a saúde a ideias de normatividade. Esse modelo, viabilizado por avanços como as descobertas provenientes dos estudos anatômicos, a clínica hospitalar e o desenvolvimento de tecnologias diagnósticas e terapêuticas, ao mesmo tempo em que ampliou a capacidade de reconhecer e tratar doenças, também estabeleceu padrões que moldaram práticas de cuidado e representações do que é considerado “normal” ou “patológico”. A partir desse entendimento, a medicina não apenas responderia às necessidades biológicas, mas também seria uma resposta às dinâmicas sociais e culturais que influenciam a forma como o cuidado em saúde é ofertado e recebido (Giordani; Hoffmann-Horochovski, 2020).

A partir do século XX, a medicina avançou significativamente em sua capacidade de intervir nos corpos, impulsionada por inovações nas ciências empíricas e pelo desenvolvimento de tecnologias que transformaram profundamente as práticas de

cuidado. Avanços no campo da cirurgia, terapias hormonais e a descoberta de medicamentos revolucionários não apenas aprimoraram o tratamento de condições clínicas, mas também abriram caminho para intervenções que transcendem os limites estritamente relacionados aos processos de saúde e doença, tocando aspectos sociais e culturais da experiência humana (Giordani; Hoffmann-Horochovski, 2020).

Esse desenvolvimento no campo médico foi contemporâneo ao surgimento dos estudos de gênero, que, no final desse mesmo século, começaram a descrever e a analisar as experiências de transgeneridade. Antes disso, essas vivências eram frequentemente ignoradas ou patologizadas no discurso científico, permanecendo à margem das discussões acadêmicas. Com o avanço desses estudos, as experiências trans passaram a ganhar maior legitimidade, sendo reconhecidas não apenas como expressões válidas da diversidade humana, mas também como temas centrais para pensar a relação entre corpo, identidade e sociedade (Ranger, 2024).

O diálogo entre o desenvolvimento biomédico e as teorias de gênero trouxe novos significados às práticas médicas voltadas à população trans, ao mesmo tempo em que expôs as tensões presentes nesse campo. As tecnologias que prometem emancipação e transformação corporal são frequentemente mediadas por sistemas regulatórios que limitam o acesso, especialmente em contextos marcados por desigualdades. Assim, enquanto abrem caminhos para a afirmação de identidades, essas intervenções também reforçam barreiras e geram contradições entre autonomia e regulação (Ranger, 2024).

Preciado (2018), ao propor o conceito de regime farmacopornográfico, contribui para a análise dessas dinâmicas quando descreve a forma com que essas tecnologias, aliadas à mídia e ao mercado, produzem corpos e identidades como artefatos tecnopolíticos. O acesso a esses atendimentos frequentemente se relaciona com expectativas sociais que normatizam o gênero, situando-o dentro de um regime que regula o corpo tanto por intervenções farmacológicas quanto por mecanismos de validação cultural e social.

Preciado desenvolve o seu trabalho baseando-se na obra de Michel Foucault, que anteriormente contribuiu para essa reflexão ao propor o conceito de biopolítica,

que apresenta como práticas de cuidado e controle se relacionam na gestão da vida coletiva. A medicina, segundo Foucault, opera como um mecanismo que organiza a vida, regulando corpos e populações por meio de dispositivos que vão além da simples cura, incluindo práticas de normalização e exclusão (Foucault, 1979). No contexto das tecnologias voltadas para a afirmação de gênero, isso se traduz em intervenções que simultaneamente possibilitam transformações corporais desejadas e impõem narrativas de adequação que muitas vezes invisibilizam vivências não conformes.

Essas contradições evidenciam a necessidade de um debate crítico e aprofundado. O campo da saúde, ao lidar com esses desafios, é convidado a refletir sobre as ambiguidades do cuidado. É necessário construir abordagens éticas, inclusivas e emancipadoras, proporcionando práticas que possam acolher as demandas de sujeitos diversos sem reproduzir lógicas excludentes.

Este artigo propõe refletir sobre essas questões, investigando os desafios e as possibilidades a partir de discussões que vão além do campo biomédico, adotando uma metodologia de ensaio teórico-conceitual qualitativo, com abordagem hermenêutica e análise crítica de literatura interdisciplinar no campo da saúde coletiva (Ayres, 2005).

### **Regime farmacopornográfico e *potentia gaudendi***

O conceito de regime farmacopornográfico foi elaborado por Preciado (2018) na obra *Texto Junkie* para descrever como o corpo contemporâneo é governado por tecnologias biomoleculares e dispositivos semióticos que regulam o prazer, o desejo e a identidade. No centro dessa análise está a *potentia gaudendi* – a força orgásmica ou excitatória do corpo – que, segundo Preciado, não é uma qualidade essencial ou inata, mas algo que só se torna conhecido e acessível quando mobilizado como força de trabalho. Diferentemente de leituras que entendem o mercado como um poder externo que expropria ou reprime a sexualidade, Preciado argumenta que o corpo desconhece sua própria *potentia gaudendi* até que ela seja colocada para trabalhar, revelando um cenário de exploração profundamente enraizado no funcionamento das economias contemporâneas (Preciado, 2018).

Essa força orgásmica, quando regulada pelo regime farmacopornográfico, deixa de ser apenas uma expressão de prazer e passa a ser um componente integral da economia global. A sexualidade, nesse contexto, é governada por um estrito controle tecnobiopolítico, no qual cada órgão do corpo é definido por sua função produtiva. Os órgãos corporais e suas funções são transformados em alvos de regulação, organizados de maneira a priorizar a funcionalidade e a produtividade (Preciado, 2018; Münchow, 2021; Oliveira, 2020).

No caso das pessoas trans, o regime farmacopornográfico encontra um de seus exemplos mais claros e complexos. As terapias hormonais, como testosterona e estrogênio, e as cirurgias de afirmação de gênero, de certa forma, também os inserem em circuitos de produção e consumo. Essas tecnologias, ao prometerem a possibilidade de transformar e afirmar identidades de gênero, simultaneamente oferecem emancipação e reforçam normatividades. A testosterona, por exemplo, amplamente utilizada em transições de pessoas transmasculinas e homens trans, é uma substância que simboliza masculinidade e potência, mas que também é mercantilizada dentro do sistema farmacêutico global, gerando lucros significativos para a indústria farmacêutica (Münchow, 2021; Oliveira, 2020).

Nesse cenário, vão surgindo novas formas de exploração do corpo e de sua força orgásmica. A sexualidade, que deixa de ser um domínio privado, torna-se uma força de trabalho integrada ao mercado, e o corpo é reorganizado para servir a um sistema que transforma prazer e desejo em capital. O corpo sexual pode ser compreendido como uma “reserva contínua de excitação”, estrategicamente organizada e mobilizada para gerar lucro. Essa mobilização vai além da materialidade do corpo físico, operando também no campo das representações culturais, onde o desejo e a sexualidade são produzidos e administrados como recursos econômicos (Oliveira, 2020).

Ao mesmo tempo, a *potentia gaudendi* também pode ser compreendida como uma possibilidade de resistência. Apesar de ser capturada e mobilizada pelo mercado, essa força não é totalmente controlável. A experiência inicial de Preciado com a

testosterona, por exemplo, desafia esse sistema ao subverter os significados culturais atribuídos ao corpo e à masculinidade (Preciado, 2018).

### **Tecnogênero: da normatização à produção de subjetividades**

A invenção da categoria de “gênero” marca um ponto de ruptura que redefine os regimes de produção e controle sobre os corpos no século XX. Longe de ser uma criação oriunda de uma agenda feminista, o “gênero” nasce como uma ferramenta biotecnológica desenvolvida nas indústrias médicas e terapêuticas norte-americanas no pós-guerra (Preciado, 2018).

O termo “gênero” foi introduzido na clínica por John Money em 1955, em um esforço para descrever e moldar subjetividades a partir de intervenções tecnológicas no corpo. Trabalhando com bebês intersexuais, Money articulou o conceito de gênero como um “papel social” ou “identidade psicológica”, passível de modificação através de técnicas biomédicas, como reposição hormonal ou cirurgias, e de práticas sociais. Essas tecnologias não apenas normatizavam corpos considerados ambíguos, mas também criavam subjetividades alinhadas a uma ordem biopolítica preexistente (Money; Hampson; Hampson, 1955).

Na era da farmacopornografia, o gênero é um artefato industrial, profundamente influenciado por fluxos semiótico-técnicos que conectam biologia, economia e política. Pênis, vaginas, hormônios e cromossomos deixam de ser “verdades” biológicas imutáveis e se tornam biocódigos produzidos e gerenciados para atender às exigências de normatização e exploração econômica. A masculinidade e a feminilidade, nesse contexto, não possuem conteúdo empírico próprio; elas são, antes de tudo, ficções fabricadas e reproduzidas em escala global pelas indústrias médica, midiática e alimentícia (Preciado, 2018).

Preciado explora essa ambiguidade descrevendo um conjunto de expectativas sociais e culturais que moldam as experiências de gênero de forma invisível, mas profundamente invasiva:

Alguns códigos semiótico-técnicos da feminilidade heterossexual branca pertencentes à ecologia política farmacopornográfica do pós-guerra:

Adoráveis mulheres, a coragem das mães, a pílula, o coquetel hipercarregado de estrogênios e progesterona, a honra das virgens, A bela adormecida, a bulimia, o desejo de um filho, a vergonha da defloração, A pequena sereia, o silêncio diante do estupro, A gata borralheira, a imoralidade última do aborto, os biscoitos e bolos, saber fazer um belo boquete, o bromazepam, a vergonha de ainda não ter feito sexo,... E o vento levou, dizer não quando você quer dizer sim, ficar em casa, ter as mãos pequenas, as sapatilhas de Audrey Hepburn, a codeína, o cuidado com os cabelos, a moda, dizer sim quando você quer dizer não, a anorexia, saber em segredo que sua melhor amiga é quem realmente a atrai, o medo de envelhecer, a necessidade constante de estar de dieta, o imperativo da beleza, a cleptomania, a compaixão, cozinhar, a sensualidade desesperada de Marilyn Monroe, a manicure, não fazer barulho ao andar, não fazer barulho ao comer, não fazer barulho, o algodão imaculado e cancerígeno do Tampax, a certeza da maternidade como laço natural, não saber chorar, não saber lutar, não saber matar, não saber muito de quase nada ou saber muito de tudo mas não poder afirmá-lo, saber esperar; a elegância discreta de Lady Di, o Prozac, o medo de ser uma vadia safada, o Valium, a necessidade do biquíni e da calcinha fio dental, saber se conter, deixar-se dar o cu quando preciso, resignar-se, a depilação precisa do púbis, a depressão, a sede, os sachês de lavanda que cheiram bem, o sorriso, a mumificação em vida do rosto liso da juventude, o amor antes do sexo, o câncer de mama, ser sustentada financeiramente, ser deixada pelo marido por uma mulher mais jovem...

Alguns códigos semiótico-técnicos da masculinidade heterossexual branca pertencentes à ecologia política farmacopornográfica do pós-guerra:

James Bond, futebol, usar calças compridas, saber levantar a voz, Platoon, saber matar, saber sair na porrada, os meios de comunicação de massa, a úlcera estomacal, a precariedade da paternidade como laço natural, o jaleco, o suor, a guerra (incluindo a versão televisiva), Bruce Willis, a Operação Tempestade no Deserto, a velocidade, o terrorismo, o sexo pelo sexo, ficar de pau duro como Ron Jeremy, saber beber, ganhar dinheiro, Rocky, Prilosec, a cidade, o bar, as putas, o boxe, a garagem, a vergonha de não ficar de pau duro como Ron Jeremy, Viagra, câncer de próstata, o nariz quebrado, a filosofia, a gastronomia, Scarface, ter as mãos sujas, Bruce Lee, pagar uma pensão para a ex-mulher, violência doméstica, filmes de terror, pornô, jogatina, apostas, o governo, o Estado, a corporação, alimentos embutidos, caça e pesca, botas, a gravata, a barba de três dias por fazer, álcool, infarto, calvície, Fórmula 1, viagem à Lua, a bebedeira, enforçar-se, relógios grandes, calos nas mãos, manter o ânus bem fechado, camaradagem, gargalhadas, inteligência, saber enciclopédico, obsessões sexuais, ser um conquistador, misoginia, ser

um skinhead, serial killers, heavy metal, deixar a esposa por uma mulher mais jovem, o medo de tomar no cu, não ver os filhos depois do divórcio, vontade de dar o cu... (Preciado, 2018, p. 47).

Preciado (2018) usa também o caso da classificação do hirsutismo para ilustrar essa dinâmica. Durante o século XIX, mulheres com crescimento excessivo de pelos eram apresentadas como “anomalias monstruosas” em espetáculos de circo. Já no regime farmacopornográfico, essas características são medicalizadas e transformadas em quadros clínicos com excesso de andrógenos, o que as torna consumidoras de terapias hormonais ou cirúrgicas. Essa transição evidencia como o corpo é continuamente ressignificado para servir às demandas do biocapitalismo, convertendo diferenças corporais em patologias que justificam intervenções normatizadoras.

De forma similar, a cirurgia de redesignação sexual e os tratamentos hormonais destinados a pessoas trans também são enquadrados nesse regime. A promessa médica de reconhecimento e a transformação do corpo para alinhar-se às subjetividades desejadas revelam-se profundamente ambivalentes. Essas práticas, enquanto oferecem possibilidades de transformação, também reforçam normas cisgêneras, condicionando o acesso ao cuidado médico à conformidade com narrativas patologizantes, como a disforia de gênero, ou a adesão a modelos binários de identidade (Preciado, 2018; Münchow, 2021; Oliveira, 2020).

Preciado (2018) destaca que o regime farmacopornográfico funciona como um sistema de normatização e como um laboratório de novas subjetividades que, ao mesmo tempo, limita o acesso e regula as identidades dentro de parâmetros específicos, mas também abre espaços para experimentação e subversão.

A relação intrínseca entre as vivências trans e as tecnologias biomédicas é um ponto central do conceito de tecnogênero. Durante as discussões em uma disciplina sobre gênero e corpo oferecida em um departamento de filosofia, surgiu a afirmação de que “não existem pessoas trans fora do esquema farmacopornográfico”, o que gerou muitas reflexões sobre as implicações desse sistema. Posteriormente, em uma tentativa de esclarecimento, foi afirmado que:

Quando eu afirmei que não existe transexual fora do esquema farmacopornográfico eu não pretendi reduzir todas as experiências/vivências transgêneras do mundo. Eu estou encarando a produção da mulher transexual como uma vivência muito específica, dentre as muitas possíveis. Como são estes os termos do CID10, F64, eu entendo que essa categoria ficou popularmente atrelada à noção de disforia e, portanto, do desejo de acesso às terapias hormonais e procedimentos cirúrgicos. De modo que estes corpos só se produzem dentro desse esquema rato-de-laboratório, de normalização e cura. E me colocando nesse lugar, que jamais contempla toda a diversidade trans no mundo.

Essa colocação descreve muito bem o que discorremos até aqui sobre como as narrativas biomédicas têm moldado as vivências trans, consolidando normas que condicionam o acesso às tecnologias a diagnósticos como a disforia de gênero e inscrevendo os corpos trans em sistemas de regulação e consumo que perpetuam lógicas de normalização.

A ideia de tecnogênero é um instrumento teórico e prático que questiona as fronteiras entre o natural e o artificial, o biológico e o cultural, evidenciando como o gênero não é uma essência imutável, e sim algo que funciona como um programa operacional, produzido e reproduzido em circuitos que atravessam o corpo e a subjetividade, com brechas para resistências e transformações (Perelson, 2018). A emancipação farmacopornográfica passa pela reapropriação dessas técnicas para produzir subjetividades que desafiem as lógicas do biocapitalismo, sendo papel da saúde coletiva a luta por acesso equitativo às tecnologias e pela valorização da diversidade de corpos e vivências (Costa-Val & Guerra, 2019).

### **Comunicação clínica e resistência**

A comunicação clínica é um dos pilares fundamentais do cuidado em saúde, especialmente no atendimento a pessoas trans, que frequentemente enfrentam barreiras materiais e simbólicas no acesso a serviços. Ayres (2005) enfatiza, a partir da aplicação da filosofia hermenêutica ao campo da saúde, que a comunicação deve ser entendida como um processo ético e relacional, em que os sentidos sobre saúde, doença e cuidado são construídos de forma compartilhada entre profissional e

paciente. A prática clínica envolve o reconhecimento do outro como sujeito pleno, cuja experiência e narrativa são centrais para o cuidado (Ayres, 2005).

Essa perspectiva hermenêutica é particularmente relevante no atendimento a pessoas trans, cujas trajetórias de saúde muitas vezes se desenrolam em um contexto de exclusão, estigma e invisibilização. Contudo, essas mesmas práticas comunicativas, quando mediadas por estruturas normativas, podem se tornar dispositivos que reforçam desigualdades e perpetuam exclusões.

O primeiro grande desafio enfrentado pelas pessoas trans é o acesso aos serviços de saúde. A experiência de exclusão começa na tentativa de entrar no sistema. Muitas vezes, o acesso é mediado por barreiras institucionais e interpessoais que refletem desigualdades sociais mais amplas (Rocon et al., 2019). A ausência de políticas públicas robustas e de treinamento adequado para profissionais de saúde resulta em um ambiente que, em vez de acolher, afasta (Ayres, 2005). Esse contexto faz com que muitas pessoas trans evitem buscar atendimento, temendo discriminação ou julgamentos (Rocon et al., 2019).

Esse fenômeno se agrava quando observamos a fragmentação e desigualdade na oferta de serviços. Enquanto alguns hospitais privados desenvolvem núcleos especializados com alta tecnologia e equipe interdisciplinar, esses serviços frequentemente estão restritos a uma parcela muito específica da população. Esse modelo, muitas vezes promovido como referência, levanta questões importantes: quais corpos e identidades têm acesso a esses espaços? Que experiências ficam de fora? E mais, como esses serviços moldam as expectativas sobre o que seria um “cuidado ideal”? (Giordani & Hoffmann-Horochovski, 2020).

Mesmo após vencer as barreiras de acesso, muitas pessoas trans relatam que suas experiências nos serviços de saúde são mediadas por práticas comunicativas que invisibilizam suas demandas e reduzem suas identidades a aspectos ligados à transgeneridade. A busca por atendimento para condições comuns, como dor, febre ou questões emocionais, muitas vezes é desviada para perguntas invasivas sobre transição, uso de hormônios ou cirurgias realizadas. Essa redução reflete não apenas o desconhecimento técnico dos profissionais, mas também a maneira como o campo

clínico é estruturado a partir do que Preciado (2022) descreve na obra *Eu sou o monstro que vos fala*, como um “cis-tema”.

Outro desafio crítico é o descompasso entre a alta regulação das tecnologias de gênero e o baixo preparo técnico de muitos profissionais de saúde para lidar com essas demandas. Embora o acesso a terapias hormonais e cirurgias de afirmação seja rigidamente controlado por protocolos, grande parte dos profissionais não recebe formação adequada sobre os fundamentos dessas intervenções ou simplesmente não se interessa por essa demanda. Surge, então, a ideia de que esse tipo de cuidado deveria ser direcionado para equipes altamente especializadas, implicitamente reforçando a ideia de controle e patologização (Rocon et al., 2019).

A construção de protocolos para o atendimento de pessoas trans ilustra outro ponto de atenção importante: embora esses documentos sejam importantes para padronizar o cuidado, sua elaboração é frequentemente realizada sem a participação ativa de pessoas trans. Isso resulta em diretrizes que, mesmo quando bem-intencionadas, correm o risco de reproduzir visões reducionistas e binárias de gênero, desconsiderando a diversidade de vivências e trajetórias trans. Nesse sentido, a ausência de vozes trans na construção desses modelos reflete uma captura institucional que perpetua hierarquias existentes. Se o objetivo é promover um cuidado de fato emancipador, é indispensável que as pessoas trans estejam no centro desses processos, não apenas como beneficiárias, mas como agentes ativos na definição de políticas e práticas (Costa-Val & Guerra, 2019; Preciado, 2018).

A comunicação clínica precisa abandonar a pretensão de neutralidade e reconhecer-se como um campo político e ético, reconhecendo, para isso, as limitações do modelo biomédico. Somente reconfigurando o espaço clínico como um espaço de diálogo e acolhimento será possível transformar a experiência de cuidado em saúde, promovendo práticas mais inclusivas e alinhadas aos princípios de equidade e diversidade. Assim, o espaço da saúde poderá deixar de ser um dispositivo de controle para se tornar um ato de emancipação, onde sujeitos possam ser reconhecidos em sua plenitude e o contexto social compreendido considerando as dinâmicas do regime

biopolítico da farmacopornografia e seus atravessamentos nas práticas do campo da saúde (Ayres, 2005; Foucault, 1979; Preciado, 2018, 2022).

### **Práticas clínicas normativas e desafios**

A estruturação dos protocolos e linhas de cuidado norteadoras para o atendimento à população trans reflete avanços institucionais importantes, mas também incorre no risco de contribuir para a perpetuação de práticas normativas que limitam a diversidade das vivências trans. Vale ressaltar que, mesmo com contradições, o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco importante na política pública brasileira. Seu desenho e implementação, porém, ainda trazem significativos pontos de atenção (Rocon et al., 2019).

Os protocolos do SUS exigem a obtenção de laudos médicos e psicológicos como parte do processo de acesso a terapias hormonais e cirurgias de afirmação de gênero. Essa estrutura não apenas burocratiza o acesso, mas também condiciona o reconhecimento da identidade trans à validação de profissionais que frequentemente não possuem formação suficiente para compreender as complexidades dessas vivências. A necessidade de conformidade a diagnósticos, como o de “incongruência de gênero”, reforça a ideia de que essas identidades precisam ser comprovadas ou legitimadas dentro de uma moldura patologizante (Rocon et. al, 2019). Recuperando o conceito foucaultiano de biopoder, essa abordagem representa uma forma de controle que opera não apenas sobre corpos individuais, mas também sobre populações, regulamentando quem pode ser reconhecido como sujeito legítimo de cuidado (Foucault, 1979; Preciado, 2018).

Os protocolos atuais também falham em abordar a pluralidade das demandas trans. Identidades não binárias, por exemplo, enfrentam barreiras adicionais devido à centralidade das categorias binárias de gênero nos critérios de elegibilidade. Além disso, as demandas de saúde que não se relacionam diretamente à transição de gênero, como saúde mental, prevenção de doenças e cuidado integral, frequentemente são negligenciadas ou tratadas de forma inadequada pelos serviços de saúde (Costa-Val & Guerra, 2019).

Essa exclusão é agravada pelas desigualdades estruturais no Brasil. A concentração de serviços especializados em regiões urbanas e no Sudeste limita o acesso para populações periféricas e rurais, forçando muitas pessoas a recorrerem à automedicação ou a alternativas informais e perigosas, como o uso de silicone industrial (Rocon et al., 2019).

O desafio de reformular os protocolos reside na necessidade de reorientar seu papel enquanto dispositivos de cuidado, para que deixem de funcionar como instrumentos de regulação e exclusão. Essa transformação requer a inclusão ativa de pessoas trans na construção de diretrizes, rompendo com uma tradição que frequentemente invisibiliza suas demandas e experiências. Além disso, é crucial que esses protocolos sejam flexíveis o suficiente para abarcar a pluralidade de vivências e identidades, reconhecendo que a diversidade não pode ser limitada por categorias normativas. Nesse contexto, descentralizar o acesso e integrar práticas de acolhimento em diferentes níveis do sistema de saúde são passos essenciais para garantir que o cuidado seja verdadeiramente equitativo e acessível (Costa-Val & Guerra, 2019).

### **Micropolíticas do encontro clínico**

Um dos aspectos mais evidentes do fenômeno normativo é a construção do discurso que reduz as vivências trans ao paradigma do “corpo errado”. Esse enquadramento, originado nas formulações médicas de Money e colaboradores (1955) e amplamente criticado por Preciado (2018), embora tenha permitido o acesso a tecnologias biomédicas como terapias hormonais e cirurgias, também reforça uma narrativa que privilegia trajetórias alinhadas ao binarismo de gênero. Como destacam Costa-Val e Guerra (2019), pessoas trans cujas vivências não correspondem a essas expectativas muitas vezes enfrentam dificuldades adicionais no acesso a cuidados de saúde ou têm suas experiências deslegitimadas.

O encontro clínico, nesse sentido, torna-se um campo de disputa entre normatização e acolhimento. As normas biomédicas estruturam não apenas as práticas de cuidado, mas também as expectativas sociais sobre o que significa ser trans (Foucault, 1979). Profissionais de saúde, muitas vezes presos a essas normas, podem

reproduzir práticas que invisibilizam a diversidade das experiências trans, tratando-as como desvios que precisam ser corrigidos. Por outro lado, esses mesmos encontros podem ser espaços de resistência, onde narrativas hegemônicas são questionadas e novas formas de cuidado podem emergir (Ayres, 2005).

Essa resistência começa com o reconhecimento de que o cuidado não pode ser limitado ao que é considerado “compreensível” pelas normas biomédicas. A diversidade de possibilidades de vivências sexuais e de gênero desafia essas normas, apontando para a necessidade de práticas que valorizem a singularidade e reconheçam a legitimidade de histórias que escapam ao binarismo ou rejeitam intervenções corporais como forma principal de validação (Costa-Val e Guerra, 2019).

A transformação do encontro clínico em um espaço de criação de novas práticas depende de uma reconfiguração ética que vá além das diretrizes protocolares (Ayres, 2005). Isso implica repensar o papel das narrativas trans no cuidado em saúde, reconhecendo-as não apenas como experiências a serem “interpretadas”, mas como saberes legítimos que podem reorientar as práticas. É necessário também desnaturalizar as normas que governam o encontro clínico, questionando os pressupostos que sustentam o modelo biomédico e abrindo espaço para abordagens mais inclusivas e participativas (Costa-Val & Guerra, 2019).

Nesse contexto, a valorização das narrativas trans como centrais para o cuidado é fundamental. Ao invés de reduzir essas experiências a categorias pré-definidas, é preciso reconhecer sua complexidade e diversidade, permitindo que moldem as práticas clínicas de forma a atender às demandas reais das pessoas trans. O encontro clínico, assim, deixa de ser um espaço impositivo e verticalizado para se tornar um lugar de diálogo e transformação, onde o cuidado é construído de forma colaborativa e compartilhada (Costa-Val & Guerra, 2019).

Os relatos individuais são fundamentais para compreender as múltiplas vivências trans e suas interações com os serviços de saúde. Extraídos do artigo de Alexandre Costa-Val e Andréa Maris Campos Guerra (2019) intitulado “Corpos trans: um ensaio sobre normas, singularidades e acontecimento político”, os exemplos a seguir ilustram algumas dinâmicas que permeiam essas experiências:

Há, nesse sentido, diversos relatos bastante emblemáticos, cujos fragmentos recolhemos ao longo da construção deste ensaio, seja em meios de comunicação de massa, seja em redes sociais de domínio público, no intuito de melhor evidenciar essa questão (optamos por adotar nomes fictícios e extrair fragmentos para impedir a identificação dos protagonistas dessas experiências).

Marta, por exemplo, ao nascer foi registrada como Mário, mas sempre se sentiu uma mulher. Na adolescência, foi expulsa da casa dos pais, que não concordavam com seus comportamentos. Atualmente, aos 50 anos, se define como uma mulher trans. Não sente nenhum incômodo com seu pênis e afirma, contundentemente, que não precisa fazer a cirurgia de redesignação sexual para se sentir uma “mulher de verdade”.

Sônia passou por todos os procedimentos acompanhada por sua esposa, que a conheceu ainda quando se portava socialmente como homem. Continuam juntas até hoje, têm uma filha e vivem uma vida sexualmente ativa. Sônia se considera homossexual. Sua esposa se autodefine como heterossexual e explica que está com Sônia por amor.

Igor, um homem trans, desde pequeno se sente um homem e tem atração por homens. Indignado com a obrigatoriedade de acompanhamento psicológico compulsório para ter acesso ao tratamento hormonal no SUS, optou por manter a medicação que conseguia, desde a pré-adolescência, por outros meios. Na audiência para mudança de seu nome social, se sentiu humilhado pela promotora que, em tom jocoso, o questionou: “Como alguém pode entender os casos em que a pessoa nasce mulher, mas opta por virar homem e, depois de toda a transformação, namora com outros homens?!”.

Marlene, ativista, se sente completamente realizada após a cirurgia de transgenitalização que fez no exterior a pedido do companheiro. Mesmo após a operação, teve dificuldades para mudar seu nome social na Justiça brasileira. Há dez anos vive com esse companheiro, se sente uma mulher e faz questão de dizer em seu blog que é travesti, mantendo o termo que, desde muito cedo, lhe atribuíram. Nunca estudou e nunca teve um emprego formal. Ainda que tenha encontrado um lugar em suas relações mais próximas, experimenta em sua rotina o preconceito e a discriminação de ser o que é (Costa-Val; Guerra, 2019, p. 125).

### **Intersubjetividade, potência e autonomia: um diálogo entre Preciado e Espinosa**

A filosofia de Espinosa, centrada na ideia de potência de agir, encontra na obra de Preciado um ponto de inflexão queer. Esse encontro possibilita uma leitura crítica sobre como a intersubjetividade – entendida como o entrelaçamento das

subjetividades – pode subverter as normativas dominantes, promovendo a autonomia (Münchow, 2021; Preciado, 2011).

Espinosa define a potência como o esforço contínuo (*conatus*) de cada ser em perseverar em sua existência, expandindo suas capacidades em interação com outros corpos e forças. Essa concepção é ampliada por Preciado no conceito de *potentia gaudendi*, descrita como a força orgásmica e relacional dos corpos, que transcende a sobrevivência para abarcar prazer, conexão e criação coletiva. Ao reinterpretar a potência de agir descrita por Espinosa, Preciado resgata o debate para a esfera da biopolítica contemporânea, mostrando como os dispositivos farmacopornográficos governam corpos e desejos, ao mesmo tempo em que oferecem brechas para sua subversão (Münchow, 2021; Preciado, 2011).

Essa disputa é essencial para compreender como a intersubjetividade pode atuar como um recurso para resistência. Para Espinosa, as interações entre corpos podem tanto aumentar quanto diminuir a potência de agir. Da mesma forma, Preciado mostra que as relações intersubjetivas podem ser catalisadoras de novos modos de existência, desafiando os poderes que delimitam o que um corpo pode ou não ser. A subversão ocorre quando os corpos regulados tomam o controle das ferramentas que os oprimem, transformando-as em instrumentos de autonomia (Münchow, 2021; Preciado, 2011).

A intersubjetividade, nesse contexto, não é apenas um encontro entre subjetividades, mas um espaço de criação coletiva que questiona as bases das regras sociais. Espinosa já antecipava essa dinâmica ao observar que os afetos entre os corpos constituem redes que tanto restringem quanto expandem as possibilidades de ação. Preciado expande essa ideia ao propor que a interação entre corpos marginais cria uma “multidão de anormais”, um coletivo que desafia os postulados hegemônicos ao propor novas formas de subjetivação (Münchow, 2021; Preciado, 2011).

Essa multidão, descrita por Preciado, não é passiva; pelo contrário, é um agente de transformação capaz de produzir novos significados para os corpos e os desejos. Na prática, isso significa que a intersubjetividade viabiliza que corpos marginalizados –

como os corpos trans – possam reconfigurar suas identidades e criar alianças que rompam com a lógica binária e cisnormativa (Preciado, 2011).

No campo da saúde, a intersubjetividade desempenha um papel central na promoção da autonomia. A prática clínica, frequentemente guiada por protocolos reducionistas, muitas vezes ignora a complexidade das experiências. Espinosa e Preciado nos ajudam a pensar em como essas práticas podem ser transformadas em encontros dialógicos, onde a potência de agir do paciente é reconhecida e ampliada (Münchow, 2021; Preciado, 2011).

A autonomia, nesse sentido, não é um estado dado, mas um processo que exige o rompimento com as normas que restringem a ação. Para Preciado, isso significa questionar a centralidade dos protocolos que regulam a transição de gênero, como o acesso a hormônios e cirurgias, e propor uma prática que reconheça a agência dos pacientes em decidir sobre seus corpos. Inspirado por Espinosa, esse movimento pode ser entendido como uma afirmação da potência de agir, na qual o indivíduo, em interação com outros corpos, encontra maneiras de expandir sua existência (Münchow, 2021; Preciado, 2011). Espinosa propõe que a liberdade surge quando os indivíduos agem de acordo com sua própria natureza, em harmonia com o todo. Preciado retoma essa ideia ao sugerir que a autonomia não pode ser alcançada isoladamente; ela depende de redes de apoio e alianças que desafiem os dispositivos de controle (Münchow, 2021; Preciado, 2011).

Quando profissionais de saúde se engajam em uma prática dialógica, que reconhece as singularidades dos corpos trans e respeita sua autonomia, eles criam condições para que os espaços de cuidado se tornem espaços de transformação. Por fim, o diálogo entre Espinosa e Preciado nos mostra que a intersubjetividade é, antes de tudo, um espaço de criação. Ao reconhecer as conexões entre os corpos e os afetos como motores da potência, somos convidados a reimaginar as práticas sociais e clínicas. Nesse sentido, a subversão das normas não é apenas uma ruptura, mas uma expansão das possibilidades de vida, onde a autonomia é construída coletivamente.

## Referências

AYRES, José Ricardo de C. M. *Hermenêutica e humanização das práticas de saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549–560, set. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013>.

COSTA-VAL, Alexandre; GUERRA, Andréa. *Corpos trans: um ensaio sobre normas, singularidades e acontecimento político*. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 1, p. 121–134, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170251>.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Capítulo IX. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GIORDANI, Rubia Carla F.; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, Marisete Teresinha. *O cuidado com o corpo e a obrigatoriedade da saúde: sobre hexis e poder na modernidade*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4361–4368, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.06062019>.

MONEY, John; HAMPSON, John G.; HAMPSON, Joan L. “An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism”. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, v. 97, p. 301–319, 1955.

MÜNCHOW, Cleiton Z. “Espinosa depreciado: potência de agir como *Potentia Gaudendi*”. *Cadernos Espinosanos*, n. 45, p. 135–160, 30 dez. 2021.

OLIVEIRA, Ana. “Ficções porno-políticas do corpo (a partir de Preciado)”. *Revista Estudos Feministas*, v. 28, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n361544>.

PERELSON, Simone. “Do “limbo feliz” de Herculine ao “tecnogênero” de Preciado: um novo cenário para a abordagem psicanalítica da sexuação”. *Ágora*, v. 21, n. 3, p. 289–300, 1 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982018003001>.

PRECIADO, Paul. B. *Testo Junkie: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica*. São Paulo: n-1 edições, 2018.

PRECIADO, Beatriz. “Multidões queer: notas para uma política dos ‘anormais’”. *Revista Estudos Feministas*, v. 19, n. 1, p. 11–20, abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2011000100002>.

PRECIADO, Paul. B. *Eu sou o monstro que vos fala: Relatório para uma academia de psicanalistas*. Trad. de Carla Rodrigues. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2022.

RANGER, Jamie. “How Should Men be Made?” *Technophany, A Journal for Philosophy and Technology*, v. 3, n. 1, p. 1–21, 24 jan. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.54195/technophany.18559>.

ROCON, Pablo. C. et al. “Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180633>.