

ENTRE O PROTOCOLO E O PORVIR: narrativas trans e os limites da formação médica¹

Dri Nascimento²

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Nicolas Putisnilck³

Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Reneé Cessel⁴

Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa

Letícia Nascimento⁵

Universidade Federal do Piauí

Resumo

Afinal, o que há de útil em se estudar saúde sexual e diversidade de gênero no currículo médico? Quando nossas experiências como pessoas trans não encontram lugar na linguagem clínica, sobra o estranhamento de estar presente, mas não ser reconhecido. A recusa em aceitar que o cuidado só se efetiva diante de um sofrimento codificado se articula aqui com os saberes produzidos por movimentos sociais e coletivos trans, que há décadas tensionam as fronteiras entre ciência, corpo e autoridade. Através de relatos de experiências analisados numa perspectiva cartográfica e transfeminista, tencionamos a formação médica a partir de vivências trans de quem já ocupou os lugares de paciente, estudante e profissional da saúde. Revisitamos o currículo médico como território de disputas epistemológicas, onde a exclusão dessas temáticas sustenta práticas iatrogênicas e reafirma a cis-heteronormatividade como norma. Em diálogo com Foucault, Canguilhem, Haraway e Preciado, propomos uma medicina capaz de reconhecer a intraduzível pela linguagem médica como legítimo, não como erro ou desvio, mas como enunciação de um porvir. Convocamos uma reconfiguração radical do raciocínio clínico, onde a dissidência não seja exceção tolerada, mas fundação crítica de um outro modo de produzir ciência, cuidado e presença.

Palavras-chave

Pessoas transgênero; Currículo; Faculdades de Medicina; Identidade de Gênero; Relato de experiência.

¹ O uso de linguagem não binária visa reconhecer identidades de gênero fora do binário, adotando pronomes e flexões neutras como prática ética e inclusiva em consonância com debates atuais sobre diversidade de gênero e autodesignação.

² Doutorande em Saúde Coletiva - FMUSP. Psicóloga e pesquisadora do Programa de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: drinascipsi@gmail.com. <https://lattes.cnpq.br/8419724297085600>. <https://orcid.org/0000-0002-5071-3848>

³ Mestrando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. E-mail: nicopustilnick@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/6654858071600820> <https://orcid.org/0000-0003-3745-9969>

⁴ Pós-Graduado em Psiquiatria pelo Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. E-mail: reneecessel@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/7740026689471870> <https://orcid.org/0000-0002-1482-4436>

⁵ Professora do curso de Pedagogia da Universidade Federal do Piauí (UFPI/CAFS) e Doutora em Educação pela UFPI. E-mail: lecarolpereira@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/7740026689471870> <https://orcid.org/0000-0003-2159-7179>

Introdução

Por que sou levada a escrever? Porque a escrita me salva da complacência que me amedronta. Porque não tenho escolha. Porque devo manter vivo o espírito de minha revolta e a mim mesma também. Porque o mundo que crio na escrita compensa o que o mundo real não me dá. No escrever coloco ordem no mundo, coloco nele uma alça para poder segurá-lo (Anzaldúa, 2000, p. 232).

Pensar o que nos movimenta a escrever este texto nos compele a, desde início, demarcar que os relatos, inquietações e provocações que ora registramos se enraízam em nossas próprias experiências enquanto pessoas trans, esta é uma escrita de encontro atravessada pelos incômodos que temos ao pensar a relação de nossas corporalidades com o saber médico. Tomamos a palavra para falar de nós a partir de nós, não apenas pelo fato de que nossas trajetórias de vida, numa dimensão pessoal, são importantes para pensar o saber médico, mas também por nos posicionarmos enquanto pesquisadores de gênero e sexualidade que se mobilizam a partir do transfeminismo.

Instigamo-nos a pensar que saberes e práticas sobre gênero e sexualidade compõem os currículos de formação médica? Afinal, se médicos/as/ques* podem falar sobre nós, diagnosticar e prescrever tratamentos para pessoas trans, que fundamentos subsidiam seus conceitos e práticas acerca de gênero e sexualidade? Compreendemos que há uma trama intensa de poder e resistências que atravessa o campo da formação médica, e nesta perspectiva nosso objetivo é: tensionar o currículo de formação médica de modo a produzir deslocamentos a partir da experiência de pessoas trans sobre a importância de inserir a temática de gênero e sexualidade na perspectiva da saúde.

Metodologicamente, a escrita se insere numa dimensão cartográfica que nos possibilita mapear e acompanhar o quadro das diferentes forças que compõem o currículo de formação médica. Nesta trama, costuramos nossas inquietações e experiências com as ideias de outres pensadores. De certo modo, é este fazer artesanal e sensível que muito caracteriza a cartografia, a ideia de construir um mapa a partir do que nos afeta, tecer esta escrita a partir dos (des)encontros entre nós e com outras formas de pensar, além de nós mesmas. Nesta trama, assumimos a dimensão ética, estética e política de falar em nosso nome, abrindo nosso corpo enquanto território que grita nossas existências (Rolnik, 1993).

“Como eu chamo?”: um relato sobre as lacunas no currículo médico em gênero e

sexualidade

Foi durante um estágio em um hospital-escola de São Paulo onde vivi uma situação que me obrigou a lidar com minhas questões de gênero e que definiu minha trajetória profissional.

Assisti uma aula sobre mitocôndrias com residentes de medicina, e, em determinado momento, o professor parou a explicação para fazer um desabafo: o mundo, segundo ele, mudava rápido demais. Contou que se sentia perdido quando uma paciente com aparência “feminina” possuía voz “masculina” e que não sabia como chamá-la; expôs, espantado, o incômodo de receber em seu consultório um casal de mulheres cujo filho chamava uma delas de “pai”.

A fala do professor pouco tinha a ver com mitocôndrias, expôs algo além de uma simples dúvida gramatical: revelou o abismo entre as diversidades de gêneros que bate às portas dos consultórios e a carência de preparo dos profissionais médicos para acolhê-las. Eu, sentada entre os residentes, senti um gosto amargo. Naquele momento, minhas próprias inquietações sobre identidade de gênero latejavam; era como se o professor tivesse dito que não sabia como lidar comigo.

Com o tempo, percebi que o desconforto do docente não era caso isolado: denunciava uma lacuna crônica na formação médica, onde temas de gênero e sexualidade raramente surgem de forma estruturada e, quando surgem, são abordados de um ponto de vista patologizante. A dúvida “Como eu chamo?” ressoava como um sintoma da falta de formação e intimidade com as temáticas de gênero e sexualidade, de experiências clínicas que se aproximem de diferentes corpos.

Carregando essas reflexões, transformei o incômodo em minha dissertação de Mestrado, intitulada: “O mundo está mudando rápido demais? Gênero e sexualidade no currículo médico: a perspectiva de professores de um curso de graduação em medicina no Estado de São Paulo”.

Investigar como gênero e sexualidade são trabalhados ou negligenciados nos currículos de Medicina tornou-se meu ponto de partida e, sem que percebesse, meu ato de autonomia. Tive a oportunidade de conversar com professores coordenadores de diversas unidades curriculares a respeito dessas temáticas e entender as lacunas e desafios para se implementar essas discussões no currículo médico.

A possibilidade de cruzar as fronteiras da binariedade, do ser homem ou ser mulher e, assim, transgredi-la, existiu no momento em que me foi negada a

compreensão e aproximação. Naquele momento, vivia o ápice da minha experimentação de gênero (como gosto de chamar) através da abdicação dos símbolos entendidos como “femininos” e do flerte com o que se diz ser “masculino”: cabelo raspado, uso de *binder*, ausência de maquiagem e pelos no corpo. Acredito que o convite do professor não foi ingênuo e talvez houvesse uma intenção de me querer naquele espaço e de eu ouvir aquele desabafo.

Entendo que, não só o mundo muda rápido demais na perspectiva do professor, como também não há uma intenção de acompanhar essas mudanças, ou melhor, não há uma utilidade evidente em acompanhar essas mudanças. Afinal, qual a utilidade de se estudar saúde sexual e diversidade na formação médica? O que se ganha e o que se perde ao ignorar essas questões?

Do outro lado da mesa: um relato de transição na medicina

Durante a minha graduação em medicina, poucas expressões foram tão repetidas quanto “baseada em evidências”. A fórmula se tornou quase um mantra, presente nas aulas, nas diretrizes curriculares e nas avaliações clínicas. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) consolidou-se como modelo de excelência, orientando a prática médica por meio da análise crítica de estudos científicos, especialmente ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas. Uma “boa evidência” nos moldes da MBE é aquela que demonstra resultados replicáveis e mensuráveis, inclusive em contextos geográficos e sociais distintos, permitindo que médicos/as/ques, em diferentes países e regiões, adotem condutas com segurança e respaldo técnico.

Todavia, compreender o que vivenciei no Ambulatório de Diversidade e Gênero da Policlínica Codajás, em Manaus, exigiu mais do que a Medicina Baseada em Evidências. A potência do Ambulatório de Diversidade e Gênero da Policlínica Codajás, em Manaus, não residia apenas no domínio técnico-científico, mas em expressão viva da luta coletiva.

Estagiei na unidade em 2019, como parte do internato de medicina pela Universidade do Estado do Amazonas, na disciplina de ginecologia com a professora Dária Barroso Serão das Neves, uma mulher cisgênera, preta, e a única ginecologista do ambulatório. Eu, branque, classe média e criada na igreja evangélica até os 21 anos, adentrei no estágio com 25 anos e me identificando como lésbica.

Em sua aula introdutória, a professora Dária nos apresentou o histórico do

ambulatório, “letramento LGBTQIAPN+” e deixou evidente a máxima “primeiro não prejudicar”. Foi mencionado que estaríamos lidando com uma população alvo de preconceitos, com acessos limitados a direitos básicos, saúde e trabalho.

Apesar de seu empenho, hoje percebo que um “letramento” não bastava para desestabilizar os regimes de verdade sobre o gênero. Por si só, não foi suficiente para me deslocar da posição de distanciamento em relação à comunidade trans no qual ainda não me encontrava.

Acreditava que o estágio era uma oportunidade rara de aprendizado. Poucas universidades ofereciam experiências práticas com a população LGBTQIAPN+; e até então, havia tido pouco contato com pessoas trans ou intersexo. Minhas referências vinham do Congresso de Saúde LGBT (2018) e de artistas como Linn da Quebrada e Liniker. Previamente, havia cursado saúde coletiva e com estas referências estava construindo uma “competência cultural” sobre a comunidade trans - ainda com um olhar distante dos corpos e territórios.

Com este “repertório de vivências”, me percebi despreparado ao iniciar os atendimentos no ambulatório. Reproduzia perguntas padronizadas da literatura médica sem questionar seus pressupostos, como quem lê um texto sem compreender o que está dizendo.

Respeitava nome social e pronomes, não pressupunha hábitos de vida e a sexualidade, usava as mesmas palavras de preferência da pessoa em relação a seus corpos (exemplo: intrusos, ao invés de seios), explicava o exame antes de realizá-lo e pedia permissão antes de tocar no paciente. O que parecia um grande feito, era apenas o básico.

Enquanto treinávamos o básico, passava despercebido à mim como aqueles roteiros pressupunham uma vivência trans universal. Éramos treinados para chegar na hipótese CID-10 F64.0. Investigamos sobre a relação com o feminino e masculino através das preferências por brinquedos, roupas e maquiagem; “como era a relação com o corpo?”. Avaliamos a disforia, o que se buscava esconder ou modificar, e se havia autolesão. Somente assim, alinhamos expectativas com a hormonização e procedimentos cirúrgicos.

No sexto ano da faculdade muitos de nós nunca haviam atendido uma pessoa trans, e, ao contrário de outros estágios, não havia entusiasmo entre os colegas. Parecia uma experiência que não seria útil, como as que disputavam em outros

estágios; treinar uma anamnese, um procedimento, uma entubação. Chegávamos a contar: “já entubei 5 vezes”. A medicina se ensina na repetição da prática; mas, nesse caso, faltava não só a prática, como saber o que estávamos praticando.

Ressoava em mim uma solidariedade ambígua e assimétrica: um misto de curiosidade clínica e condescendência afetiva. E também um alívio por não estar do outro lado. Quem sabe, uma identificação ainda protegida pela normativa social? Talvez fosse mais confortável ver a transição de gênero como algo a ser compreendido no outro, e não como uma possibilidade de existência que também me atravessava.

Em 2019, meus questionamentos sobre identidade ainda eram rígidos, e o estágio me desorganizou da melhor forma. Esse desconforto permaneceu comigo, silencioso, mas insistente, até que, pouco a pouco, fui me aproximando de leituras transfeministas e de experiências concretas de pessoas trans em meu próprio ciclo social. Foi nesse atravessamento, entre escuta, convívio e deslocamento teórico, que comecei a despatologizar o gênero em mim e no outro.

Ao entender que eu também poderia ser trans, deixei de ocupar exclusivamente o lugar de quem observa e interpreta de fora; a distância entre mim e as pessoas que atendia, começou a se desfazer. Esse reconhecimento interrompeu a tendência de reproduzir uma medicina tutelar, baseada na ideia de dom, diagnóstico e destino, e abriu o caminho para uma outra forma de clinicar.

A ruptura não foi apenas teórica, mas também prática: afetou diretamente a maneira como me colocava diante das demandas em saúde. A escuta atenta às experiências que fugiam das categorias tradicionais me levou a questionar os próprios limites do saber médico. Afinal, se a medicina só intervém diante da patologia, o que fazer dessa demanda de habitar o corpo de outro modo, sem patologizá-lo?

Compreendi que clinicar também é construir possibilidades de nomeação e reconhecimento, algo que não se faz apenas com manuais, mas com presença, disponibilidade e compromisso diante de pessoas e histórias que desafiam a norma. Se a transição já não era apenas do outro, a clínica também não podia mais ser a mesma: deveria ser menos tutelar e mais implicada, capaz de reconhecer o corpo como território político e a saúde como um campo permanente de disputa por existência.

Condições de emergência da medicina enquanto campo de saber científico: ressonâncias foucaultianas

Não se podem subestimar, contudo, os significados políticos dos debates provocados pela simples existência de pessoas trans, os quais implicam rediscussão de rotinas e protocolos institucionais consolidados, como os de atendimento, conduta profissional, sigilo, privacidade etc. Elas geram deslocamentos: pessoas que jamais inscreveram as relações de gênero e a sexualidade em seu horizonte reflexivo passam, ao menos temporariamente, a considerá-las e a discutir condutas discriminatórias que reconhecem em si e nos demais, e nos extremos dessa abertura ao diálogo, o modelo de sociedade ambicionado. (Almeida, 2012, p. 519).

Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 do Curso de Graduação em Medicina instituídas pelo MEC (Ministério da Educação), determinem que gênero e orientação sexual façam parte da formação médica, por constituírem dimensões essenciais da diversidade humana e do cuidado ético em saúde, os currículos médicos não enfatizam questões humanísticas e sociais. Tais conteúdos costumam surgir apenas de modo disperso e, quase sempre, enquadrados num domínio estritamente anatomofisiológico ou patológico. Não há uma disciplina obrigatória dedicada ao tema: ele aparece, quando muito, em aulas de psiquiatria, moléstias infecciosas ou optativas, e em debates ocasionais organizados por docentes interessados. Alguns professores até inserem mesas temáticas ou seminários pontuais, mas reconhecem que essas iniciativas dependem mais de esforços individuais do que de diretrizes institucionais (Santos, 2023).

A formação médica hegemônica trata a sexualidade sob um viés fisiológico e anatômico, privilegiando concepções de corporeidade que excluem sua dimensão sociocultural (Silva, 1998). Foucault aborda a sexualidade como um dispositivo histórico que, a partir do século XIX, vincula práticas, discursos e técnicas de controle dos corpos, produzindo tanto saber quanto poder (Foucault, 1980). Nesse esquema, a Medicina assume papel disciplinador: o médico/a/que confere legitimidade ao sexo “correto”, patologiza o desvio e prescreve sua normalização (Silva, 1998).

Apesar de se entender a sexualidade como um fenômeno multidimensional e relacional, que engloba atividades, subjetividades e modos de vida (Silva, 1998), a formação médica brasileira permanece centrada em doenças e funções orgânicas. Essa formação limitada repercute no atendimento: inquéritos mostram que 50-72 % dos médicos/as/ques não investigam rotineiramente a saúde sexual, citando falta de conhecimento e insegurança (Rufino; Madeiro; Girão, 2013). Diretrizes de órgãos como OMS (Organização Mundial da Saúde) e WAS (Associação Mundial para a

Saúde Sexual) destacam a necessidade de abordagem integral, incluindo direitos sexuais, prazer e igualdade de gênero, mas tais recomendações esbarram na prática reducionista vigente (Rufino; Madeiro; Girão, 2013).

Pesquisas em faculdades brasileiras revelam currículos nos quais os aspectos socioculturais, diversidade sexual e direitos reprodutivos recebem atenção minoritária (Cerqueira; Lima, 2008; Rufino; Madeiro; Girão, 2013). A heteronormatividade prevalece: homossexualidade, bissexualidade e temas como homofobia são pouco discutidos, refletindo um “sujeito universal” masculino, branco e cisgênero e heterossexual (Jesus, 2016).

Essa lacuna pedagógica se reflete em confusões por parte de docentes do curso de medicina. Nas entrevistas coletadas por Santos (2023), alguns admitem dificuldade para diferenciar identidade de gênero e orientação sexual, e demonstram constrangimento quando pergunto a definição de gênero e sexualidade (Santos, 2023).

O Nascimento da Clínica (1977), de Foucault, aponta para a compreensão da estrutura da medicina moderna através da ruptura, proposta pelo autor, no final do século XVIII: o antigo modelo “classificatório”, que organizava as doenças como botânicos classificam plantas, cedeu lugar a uma medicina científica fundada na anatomia patológica e num novo pacto entre discurso médico e corpo vivo (Foucault, 1977; Ferla; Oliveira; Lemos, 2011). A partir dos trabalhos de Bichat e Broussais, a lesão anatômica tornou-se o critério de verdade, de forma que a medicina anterior passou a ser vista como saber “falso” (Branco, 2018).

Na lógica clássica, enfermidades eram agrupadas em famílias, gêneros e espécies segundo sintomas estáveis. Apoplexia, síncope e paralisia, por exemplo, eram variantes de uma mesma “espécie” porque todas envolviam perda de movimento e sensibilidade (Foucault, 1977). O médico limitava-se a observar e a “ajudar a natureza”, guiado pelos preceitos hipocrático-galênicos de equilíbrio dos humores (Nogueira, 2007). Já a clínica moderna inverteu o percurso: parte-se de sinais elementares, reagrupados em séries numéricas, para inferir lesões específicas no organismo; o cálculo probabilístico e a comparação de casos garantem a certeza diagnóstica (Branco, 2018).

Esse novo olhar exigiu um espaço neutro em que corpos pudessem ser comparados: o hospital, antes criticado como antinatural, converteu-se em laboratório

privilegiado tanto para ensino quanto para pesquisa. O “raciocínio clínico” deveria ser “perceptivo e analítico, mas neutro”, livre de valores pessoais, concentrado na objetividade dos achados (Foucault, 1977).

Um importante marco da história da medicina moderna foi a publicação do Relatório Flexner, em 1910, que reforçou a primazia biológica e hospitalar, acentuando especializações e distanciando-se dos determinantes sociais do adoecer (Koifman, 1998). Este foi um marco decisivo na educação médica, pois consolidou uma medicina centrada no corpo físico e na especialização (Koifman, 1998). Esse modelo, alinhado ao paradigma cartesiano, passou a enxergar o organismo como uma máquina regida pelas leis da química, da física e da matemática; detectar e “consertar” falhas, desvios, tornou-se tarefa do médique-especialista (Koifman, 2001). Os avanços tecnológicos permitiram diagnósticos e tratamentos cada vez mais sofisticados, mas trouxeram efeitos colaterais: distanciamento na relação médique-paciente, escassa atenção a fatores sociais e psicológicos e um sistema de formação resistente a abordagens mais integrals.

Pode-se observar os efeitos dessa especialização na formação por meio das falas dos professores, que ressaltam a pouca interação entre departamentos e disciplinas. Essa baixa interação, consequência de uma cultura de superespecialização na formação médica, fomenta uma alienação dos professores em relação ao que é ensinado fora de suas áreas. Sendo assim, a ênfase científica inaugurada por Flexner persiste. A Medicina apoia-se quase exclusivamente nas ciências biológicas e prioriza a identificação de lesões, doenças e suas causas. Como resultado, o comportamento clínico tende a seguir padrões rígidos de evidência, destacando a competência técnica e minimizando o atendimento humanizado (Guedes; Nogueira; Camargo Júnior, 2006). Essa lógica se intensificou a partir dos anos 1990, quando a explosão das biotecnologias aprofundou a especialização dos cursos e dos serviços de saúde. Se, por um lado, os recursos tecnocientíficos elevaram o patamar dos procedimentos terapêuticos, por outro, comprometeram a visão holística do cuidado.

Há entre docentes o reconhecimento de que o curso de medicina é “estanque” e “tradicional”, pois a matriz curricular se mantém quase inalterada ao longo dos anos, em desacordo com o espírito das Diretrizes e dos princípios do SUS, que exigem profissionais aptos a trabalhar em equipe multiprofissional e a responder às demandas

reais da comunidade (Santos, 2023).

Soma-se a isso o perfil socioeconômico predominante: ingressantes brancos, provenientes de classes altas, descritos como “estudantes de elite”, cuja vivência limitada pode reforçar preconceitos de classe e dificultar o debate sobre diversidade. As cotas são vistas como caminho para diversificar o corpo discente, mas ainda em implantação gradual (Santos, 2023).

Um ponto relevante abordado no estudo de Santos (2023) diz respeito à questão geracional no ensino médico. Professores universitários admitem não ter recebido formação em gênero ou sexualidade durante sua graduação, e relatam ter vivenciado a epidemia de HIV/AIDS como principal marco de discussão sobre preconceito e populações estigmatizadas. Atualmente, observam uma maior demanda dos estudantes por esses temas e apontam mudanças como a feminização do curso. Entre os principais obstáculos, citam a carga horária extensa, a ênfase na dimensão biomédica, o excesso de alunos por turma e a escassez de espaços para discussões aprofundadas. Como estratégias, sugerem metodologias ativas, nas quais o estudante assume papel central e o docente atua como mediador, e a inserção de atividades práticas em comunidades, que permitam vivenciar diretamente os processos de saúde-doença (Santos, 2023).

A saúde trans entre resistências, reconhecimentos e regulamentos

A saúde não pode ser compreendida apenas como o resultado de ações técnicas, mas como campo de disputa por reconhecimento, justiça e cidadania. Nesse sentido, a produção do cuidado em saúde exige engajamento político e coletivo, não só da equipe, mas também dos usuáries, dos territórios e dos movimentos sociais. A construção de serviços mais justos e sensíveis, como no caso do cuidado voltado à população trans, é indissociável das lutas sociais que o antecedem e o sustentam (Osório; Schraiber, 2015).

O Ambulatório de Diversidade e Gênero da Policlínica Codajás, mencionado no relato, surgiu como resultado de articulações políticas locais. Movimentos como a ASSOTRAM (Associação de Travestis, Transexuais e Transgêneros do Amazonas) e o coletivo “O Gênero” pressionaram o Estado, articularam-se com universidades e abriram caminho para que uma nova escuta fosse possível. Sob a coordenação da professora Dária, o ambulatório começou a funcionar em 2018. Instalado no SUS, com

equipe multidisciplinar e apoio acadêmico, tornou-se o primeiro da região Norte a acolher pessoas trans com foco na integralidade do cuidado (Neves; Sívori, 2024).

Essa experiência ressoa como um processo mais amplo e histórico de construção das políticas de saúde a partir da mobilização de sujeitos coletivos. O fortalecimento desses movimentos foi gradual, mas ganhou maior articulação com a fundação da Articulação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), um marco na representação política da comunidade, protagonizado sobretudo por mulheres trans e travestis (Carvalho; Carrara, 2013).

Esse acúmulo organizativo e político criou condições para que as pautas da população trans passassem a disputar a institucionalidade no campo da saúde. A institucionalização de direitos para pessoas trans no Brasil é, também, a história de resistências, disputas por reconhecimento e enfrentamentos aos saberes normativos da medicina. Nesse contexto, os movimentos trans passaram a questionar não apenas o acesso aos serviços, mas também quem ocupa o lugar de autoridade na produção de saberes em saúde e a quem esses saberes servem, sobretudo diante do legado patologizante deixado pela Psiquiatria e pela Psicologia (Pfeil; Pfeil, 2022).

Esse tensionamento atravessou diretamente a trajetória do Sistema Único de Saúde. A criação do Processo Transexualizador em 2008 representou um marco importante no reconhecimento institucional das “demandas trans”, mas ainda atrelado a um modelo centrado em cirurgias e voltado majoritariamente a jovens adultos. Em 2013, uma tentativa de ampliação do acesso para adolescentes foi rapidamente barrada, evidenciando os limites persistentes do modelo biomédico (Sampaio, 2023).

Foi apenas em 2019 que o Conselho Federal de Medicina sinalizou uma mudança mais significativa ao publicar a Resolução nº 2.265. O documento rompe, ainda que parcialmente, com o enquadramento histórico da transexualidade como transtorno psíquico, ao adotar a noção de “incongruência de gênero” e reconhecer diferentes expressões identitárias, como travestis, homens e mulheres trans, e outras vivências dissidentes. Essa mudança acompanha transformações já propostas pelo DSM-5 e, posteriormente, pela CID-11, que retiraram a transexualidade do campo dos transtornos mentais e a reinscreveram entre as condições relacionadas à saúde sexual. Embora a resolução ainda mantenha restrições importantes, como a proibição de cirurgias antes dos 18 anos, ela representa um avanço no sentido da despatologização, diretamente impulsionado pela mobilização dos movimentos

sociais (Nascimento, 2021).

Os limites dessa institucionalização permaneceram visíveis; a agência sobre reconhecimento de quem é ou não trans ainda permanece fortemente subordinada aos saberes médicos e psicológicos. Esse regime de verdade institui o “transexual verdadeiro”, ou seja, para que a identidade trans seja legitimada no campo da saúde é necessário preencher critérios de sinais e sintomas, geralmente centrados em narrativas de sofrimento e desejo de modificação corporal (Bento, 2017).

Uma possibilidade de romper com essa lógica seria reconhecer a potência da autodeclaração como fundamento ético e político da transição. A materialidade da transição, nesse sentido, não se reduz às biomoléculas, às próteses ou ao sofrimento, mas se sustenta na experiência encarnada de quem reivindica o próprio corpo como território de criação e autonomia. Nesse gesto, trilhamos caminhos possíveis para a despatologização, deslocando o reconhecimento das instâncias médicas para os enunciados produzidos pelos próprios sujeitos. (Nascimento, 2021).

Essa inflexão crítica coloca em xeque a própria epistemologia médica. Se esta é construída sobre a centralidade da doença como objeto de saber, como justificar uma intervenção médica que não seja orientada pela prevenção ou tratamento de doenças? Como despatologizar e ainda garantir direitos de acesso à assistência à saúde?

Desde cedo, a assistência à saúde é condicionada à previsibilidade e à conformidade. Narrativas clinicamente reconhecidas são exigidas para validar o cuidado. Qualquer singularidade não prevista pelo olhar biomédico, como uma criança transicionando, deve ser evitada a todo custo (Favero, 2025).

Essa lógica de contenção não é apenas teórica, ela se concretiza em normativas e dispositivos legais que regulam atos médicos. É justamente nesse cenário, em que a antecipação e o controle substituem a abertura ao porvir, que se insere a Resolução nº 2.427 do Conselho Federal de Medicina, publicada em abril de 2025. A normativa revoga os avanços da resolução anterior (2.265/2019), reforça a exigência de diagnóstico psiquiátrico, proíbe o uso de bloqueadores hormonais em crianças e reduz toda a diversidade de gênero a três termos: “pessoa transgênero”, “incongruência de gênero” e “disforia de gênero” (Brasil, 2025).

Contudo, estes termos não dão conta de reconhecer a complexidade de nossas vivências. Não há um roteiro único: há quem esteja confortável com o próprio corpo,

quem flua entre gêneros, quem inicie o uso de hormônios em meio à incerteza, quem destransicione, entre muitas outras possibilidades. As formas de viver a subjetividade, de se relacionar com o próprio corpo, e de subverter as normas de gênero e sexualidade escapam às categorias previamente estabelecidas. Não se trata de um desvio de percurso, mas da irredutível multiplicidade de experiências que nunca poderiam ser plenamente antecipadas por modelos diagnósticos ou classificatórios. (Brito; Toneli; Oliveira, 2022; Spohr, 2024).

Ao delimitar os vocábulos autorizados em relatórios e laudos, o Conselho Federal de Medicina não apenas regulamenta a linguagem técnica, mas também intervém diretamente no campo das subjetividades. Impõe limites ao reconhecimento e ao pertencimento, invalidando termos políticos, afetivos ou comunitários, entre eles travesti, não binária e transmasculine, como se apenas certas narrativas fossem compatíveis com o discurso médico.

Essa lógica institucional, que autoriza o cuidado apenas quando mediado por um sofrimento codificado, não apenas exclui, mas também incide na própria formação dos saberes em saúde. Ao estruturar o reconhecimento a partir da patologização, essa lógica molda os currículos médicos e define os limites do “raciocínio clínico”. A ausência de uma formação adequada em saúde sexual e diversidade de gênero durante a graduação médica contribui diretamente para práticas iatrogênicas: erros de abordagem, omissões, constrangimentos e violências tornam-se recorrentes. Essas não são falhas individuais, mas sintomas de uma estrutura que silencia certas existências desde a base, reproduzindo exclusões que atravessam tanto o cuidado quanto o ensino.

Não é coincidência que tantas pessoas trans relatem experiências traumáticas nos serviços de saúde e recorram a redes informais de cuidado. É nesse vácuo de assistência que se intensificam caminhos paralelos: automedicação, compartilhamento de receitas, compra de hormônios no mercado informal e realização de procedimentos sem acompanhamento adequado. Não por escolha, mas porque quando a medicina abdica de sua função de acolher, orientar e acompanhar, esses sujeitos são empurrados para estas trajetórias mais arriscadas para suas saúdes.

A medicina, nesse sentido, é atravessada por uma ambivalência fundamental: pode operar como ferramenta de emancipação ou como dispositivo de contenção. Pode ampliar possibilidades de existência ou reduzi-las aos limites do que é

considerado legítimo ou saudável. Por isso, é urgente visitar continuamente as normas que sustentam a prática clínica, para que não se tornem prisões conceituais. É preciso reconfigurar o próprio raciocínio clínico, desde a formação inicial, para que ele se abra à complexidade das vidas que pretende escutar e cuidar.

Caminhos para pensar novas formas de produzir ciências e práticas médicas

Quando Canguilhem (2012) olha para os parâmetros biomédicos de adoecimento a partir das normativas, se torna um importante aliado na reelaboração das formas de produzir ciência. Ele percebe que o estado patológico médico não seria uma mera mudança quantitativa do estado normal, assim como não poderia ser estabelecido de modo puramente descritivo. Este só é possível a partir de um valor, diante de uma situação desejável que não comparece, visto que, do ponto de vista da natureza, não há estados mais ou menos desejáveis. Assim, para ele, qualquer área biomédica atua em relação a uma norma social (Canguilhem, 2012).

Por sua vez, a norma é um valor qualitativo atribuído a algo com algum fim, definindo o que é normal ou anormal a partir da capacidade de adequação a uma norma prévia. Assim, a produção das categorias de “normal” e “patológico” é estabelecida através de um valor universal de saúde que determina o seu oposto a partir de um caráter imparcial. Contrariando os paradigmas biomédicos, na perspectiva crítica de Canguilhem (2012), a patologia não se trata do atípico ou da capacidade de adequação às normas sociais pré-estabelecidas. Pelo contrário, para ele, a patologia se define como a sensação de vida contrariada, é experienciada de forma integral pelo indivíduo no seu encontro com o meio, caracterizando outra forma de estar no mundo (Canguilhem, 2012).

Nesse sentido, o conceito de normatividade vital aparece como uma propriedade intrínseca e exclusiva da vida e dos seres vivos, sendo a capacidade de instaurar normas que fazem sentido para si, baseado em preferências e exclusões (Safatle, 2011). No caso dos estados patológicos, há uma redução da nossa capacidade normativa, da plasticidade das escolhas e uma rigidez associada a uma perda de liberdade e de capacidade de falar por si. Em contrapartida, a saúde envolve uma reserva de possibilidades e potências do corpo, assim como uma capacidade ampliada de instaurar normas para si sempre que isto se fizer necessário para a preservação ou ampliação do estado de saúde do organismo.

Os próprios processos de patologização de nossas identidades produzem a sensação de vida contrariada e causam adoecimento biopsicossocial na mesma medida em que cerceiam nossas possibilidades de estar no mundo. As identidades trans são um verdadeiro exercício da normatividade vital, aquela que diz respeito à plasticidade da vida para criar novas normas para si, a fim de preservá-la e gerar saúde. Um corpo que se permite passar pela transição de gênero é aquele que está buscando saúde para si e possibilidade de existir em uma sociedade marcada por relações de poder cis-heteronormativas que buscam impedir que os sujeitos desviem das normas estabelecidas. Ser trans não pode ser considerado uma patologia e sim o próprio mecanismo da transfobia de violentar esses corpos.

Portanto, se o campo da formação médica, e a própria formação de profissionais da saúde como um todo, pretende promover bem-estar e saúde entre sujeitos e comunidades, é preciso abdicar de teorias e práticas que reproduzam o controle e silenciamento dos nossos corpos, subjetividades e epistemologias a partir de paradigmas cis-heteronormativos. Esta objetificação à pesquisa do desvio à normalidade, se torna um grande fator de adoecimento físico e mental, na medida em que não somos convocados a fazer parte, não só da produção de conhecimento nos mais diversos campos, mas do mundo.

Reconhecer esse lugar de exclusão e adoecimento nos convida, portanto, a tensionar a suposta neutralidade da ciência. Se o conhecimento científico é sempre situado e produzido a partir de um ponto de vista, torna-se urgente visibilizar as posições sociais dos sujeitos que produzem ciência, uma vez que essas posições implicam diretamente na forma como realidades sociais são construídas e legitimadas.

Para isso, é preciso se afastar das perspectivas únicas, polarizadas e totalizantes. Dessa forma, podemos abrir espaço para as perspectivas parciais, encarnadas e relacionais. A produção de uma objetividade comprometida subverte as relações de poder a partir do questionamento de quem produz conhecimento, a partir de quais lugares, com quais objetivos e com quais exclusões. Portanto, se desejamos construir realidades mais éticas e comprometidas com a justiça social, é preciso desafiar as verdades “objetivas” e promover uma ciência construída coletivamente, acionando diversos atores e recursos na produção de conhecimento (Haraway, 1995).

É um fato que as ciências contribuíram de forma extremamente positiva em relação a inúmeros aspectos do bem-viver humano, mas ainda é preciso questioná-la

nesse lugar universal. Ao contrário de uma negação da ciência, aqui se advoga uma ampliação das noções de ciência, assim como a responsabilidade na construção de visões de mundo científicas e sociais, afirmando que uma ciência é mais verdadeira na medida em que busca contemplar a complexidade e diversidade das experiências. Ou seja, a objetividade ganha um caráter relacional na medida em que se configura como uma abertura às múltiplas perspectivas e comunidades epistêmicas diversas.

A aposta deste trabalho, portanto, é revisitar a produção de conhecimento e as práticas médicas como forma de produzir saúde, e sugerir, desde a base acadêmica, o estabelecimento de diálogos com organizações sociais emergentes, de modo que os cuidados em saúde reflitam as demandas reais reivindicadas pela própria comunidade, a partir da inclusão de suas vozes nos debates (Haraway, 1995).

Nesse sentido, ao contrário da objetividade universal e totalizante, a parcialidade passa a se tornar uma potência e não uma fraqueza. Assim, Haraway afirma: “é precisamente na política e na epistemologia das perspectivas parciais que está a possibilidade de uma avaliação crítica, objetiva, firme e racional” (Haraway, 1995, p. 24).

Considerações Finais

“Eu sou o monstro falando com você. (...) Eu sou o monstro que se levanta do sofá e fala, não como paciente, mas como cidadão, como seu monstruoso igual” (Preciado, 2022, p. 2). Ao longo da discussão apresentada, nosso intuito é tensionar o currículo de formação médica, tanto na necessidade de se pensar processos formativos para além das evidências, daquilo que é controlável, aplicável em larga escala, de modo a incorporar também as singularidades e diferenças, quanto no que tange a inserção da temática de gênero e sexualidade neste currículo formativo. Acreditamos que estes tensionamentos podem produzir abordagens em saúde para uma clínica menos voltada à normatização e mais atenta à emergência de vidas ainda não plenamente nomeadas.

Não se trata apenas de responder a sintomas clássicos, mas de reconhecer formas de sofrimento que apontam para a ausência de um futuro legível, para desejos de viver que ainda não encontraram linguagem. A medicina, nesse horizonte, não apenas trata: ela pode inaugurar possibilidades de existência, desde que esteja disposta a ouvir o que ainda não foi dito. O desafio ético, portanto, é revisar

permanentemente normas, práticas e escutas, para que deixem de excluir aquilo que ainda não se nomeou em protocolos. Uma clínica comprometida com a equidade e a integralidade, como propõe o SUS, deve ser capaz de incorporar as demandas emergentes de cuidado que hoje permanecem às margens da atenção institucional, bem como reconhecer, enfim, que cuidar também é escutar o porvir.

A partir de Preciado (2022) compreendemos que nossas vozes ecoam de forma monstruosa para medicina pelo tensionamento que produzimos em seu conjunto normativo de saberes, nós somos a falha do protocolo e não iremos nos calar, a monstruosidade toma a palavra e exige assento na mesa. Compreendemos que as pessoas trans devem, numa dimensão ética, estética e política, se engajar em movimentos para garantir vidas mais dignas, com acesso a saúde e a cidadania de modo amplo. Não seremos coadjuvantes, não falarão em nosso nome, nem decidirão sobre nossas vidas, compreendemos nosso papel como protagonistas e agentes da transformação social.

Reconhecemos que existem disputas em torno do saber médico e consequentemente sobre a estruturação dos currículos de formação médica. Nossa demanda é por reconhecimento, mas não basta que nos tornemos visíveis, é preciso romper com a ordem cisgênera que historicamente tem orientado a produção de saberes sobre pessoas trans. Muitas questões se perdem no caminho e se mantém a sensação de que somos incapazes de falar por nós, assim como não pertencemos e não devemos produzir conhecimento científico no campo da saúde.

É desgastante termos que, constantemente, afirmar nossas existências, mas, essas disputas não são opcionais quando o direito à vida e a saúde estão em discussão, quando pessoas cisgêneras se sentam numa mesa para decidir sobre nós, sem que um assento nos seja destinado. Portanto, este trabalho é um convite para que o campo da saúde escute os saberes trans, responsabilize-se pela forma com que vem produzindo conhecimento, abra-se para novas formas de estruturação do campo e entenda a importância da construção dos saberes parciais (Haraway, 1995). Através da escuta dessas outras vozes, surgem questões urgentes e necessárias que precisam ser consideradas nas pesquisas e práticas médicas. Nesse sentido, é preciso fazer ciência *com* e não apenas *sobre*.

Referências

ALMEIDA, Guilherme. “Homens trans”: novos matizes na aquarela das masculinidades? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 513-523, maio/ago. 2012.

ANZALDÚA, Gloria. Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 229-236, 2000.

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

BRANCO, Rosele Maria. **Michel Foucault e a medicina: sobre o nascimento da clínica moderna**. 2018. Tese (Doutorado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://tede.pucsp.br/handle/handle/21440>. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 96, 9 jan. 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2265>. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.427, de 8 de abril de 2025. Revisa os critérios éticos e técnicos para o atendimento a pessoas com incongruência e/ou disforia de gênero e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 174, 16 abr. 2025. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2025/2427>. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRITO, Carolina Franco; TONELI, Maria Juracy Filgueiras; OLIVEIRA, João Manuel de. “Destransição de gênero” como trânsito e errância: abertura para novas corporalidades. **Revista Periódicus**, Salvador, v. 1, n. 17, p. 232-256, 2022. DOI: <https://doi.org/10.9771/peri.v1i17.45627>.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. In: CANGUILHEM, Georges. **O conhecimento da vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CARVALHO, Mario; CARRARA, Sérgio. Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 319-351, ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/bwWdcsDTNwS9mxzBkX6MSmx/>. Acesso em: 29 jul. 2026.

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; LIMA, Maria Cristina Pereira. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 49-55, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/37c8d115-d0e1-4f18-93e3-856a88d3cb83>. Acesso em: 29 jul. 2026.

FAVERO, Sofia. **Lapidar os sentidos da infância: reimaginando o cuidado com crianças trans**. 2025. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) –



Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2025.

FERLA, Alcindo Antônio; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. Medicina e hospital. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 487-500, 2011. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4863>. Acesso em: 29 jul. 2026.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995.

JESUS, Juliana. Operadores do direito no atendimento às pessoas trans. **Revista Direito & Práxis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 15, p. 537-556, 2016.

KOIFMAN, Lilian. A teoria do currículo e a discussão do currículo médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 22, n. 2-3, p. 37-47, 1998.

KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico na Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49-70, mar./jun. 2001.

NASCIMENTO, Letícia. *Transfeminismo*. São Paulo: Jandaíra, 2021.

NEVES, André Luiz Machado das; SÍVORI, Horacio Federico. Ação política em saúde de pessoas trans em Manaus, Amazonas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 123-134, jan. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hWJqqR3CLqrMZ8cgfr9xWw/>. Acesso em: 29 jul. 2026.

NOGUEIRA, Ronaldo Pessanha. **Do físico ao médico moderno**. São Paulo: Editora Unesp, 2007.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9PkdpcTnz7YNJyMzjN/>. Acesso em: 29 jul. 2026.

PFEIL, Cello Latini; PFEIL, Bruno Latini. A cisgeneridade em negação: apresentando o conceito de ofensa da nomeação. **Revista de Estudos em Educação e Diversidade**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 9, p. 1-24, jul./set. 2022. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/reed>. Acesso em: 29 jul. 2026.

PRECIADO, Paul B. **Eu sou o monstro que vos fala: relatório para uma academia**

de psicanalistas. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

RIBEIRO, Paula; BEDIN, Rosângela. Algumas reflexões sobre a formação do pensamento sexual brasileiro a partir da historiografia da educação sexual. In: TEIXEIRA, Filomena et al. (org.). **Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas**. Braga: Centro de Investigação em Educação, 2010.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético-estético-política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-252, 1993. DOI: <https://doi.org/10.2354/cs.v1i2.38134>.

RUFINO, Andréa Cronemberger; MADEIRO, Alberto Pereira; GIRÃO, Manoel João Batista Castello. O ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 178-185, 2013.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ss/a/VfqSSxvQ7WBQyrKKbJwjpWx/>. Acesso em: 29 jul. 2026.

SAMPAIO, Juliana Vieira. Permanências e rupturas das práticas de regulação da transexualidade no Brasil. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 20, n. 1, p. 33-42, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1691>. Acesso em: 29 jul. 2026.

SANTOS, Adriana Stephanie Nascimento dos. *O mundo está mudando rápido demais? Gênero e sexualidade no currículo médico: a perspectiva de professores de um curso de graduação em medicina no Estado de São Paulo*. 2023. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.5.2023.tde-02052023-160919>.

SILVA, E. A escola, a clínica e a sexualidade humana. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 16, n. 30, p. 115-142, 1998.

SPOHR, Ju. **Mapeando vozes não binárias nas redes sociais**. Ponta Grossa: Monstro dos Mares; Catraca, 2024.

BETWEEN THE PROTOCOL AND WHAT IS TO COME:

Trans narratives and the limits of medical training

Abstract: After all, what is the point of including sexual health and gender diversity in the medical curriculum? When our experiences as trans people do not find space in clinical language, we are left with the strange feeling of being present, yet unrecognized. Refusing to accept that the medical care can only be carried out in the face of a codified suffering is articulated here with the knowledge produced by trans social movements and collectives, which for decades have challenged the boundaries between science, body, and authority. Through narrative of lived experience and analyzed from a cartographic and transfeminist perspective, we challenge the medical school from the perspective of trans experiences of those who have been patient, student and healthcare professionals. We revisit the medical curriculum as a site of epistemological dispute, where the exclusion of these narratives enables iatrogenic practices and reinforces cisheteronormativity as the norm. Dialoguing with Foucault, Canguilhem, Haraway, and Preciado, we propose a medical care capable of recognizing the untranslatable by medical language as legitimate, not as error or deviation but as an enunciation of what is to come. We call for a radical reconfiguration of clinical thinking in which dissidence is not a tolerated exception, but the critical foundation for other ways of producing science, care, and to be present.

Keywords: Transgender people; Curriculum; Medical schools; Gender identity; Experience report.

Agradecimentos: Não se aplica.

Agência financiadora: Não se aplica.

Contribuições das pessoas autoras: Letícia Nascimento: conceituação, investigação e escrita do rascunho original, com foco na introdução; Nicolas Putisnilck: conceituação, investigação e escrita do rascunho original, especialmente nas considerações finais e na articulação teórica; Dri Nascimento: conceituação, investigação e escrita do rascunho original, com foco no desenvolvimento do texto, ensaios e relatos de experiência, além de administração do projeto; Reneé Cessel: conceituação, investigação e escrita do rascunho original, com foco no desenvolvimento do texto, ensaios e relatos de experiência. Todas as pessoas autoras leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Aprovação por Comitê de Ética e consentimento para participação: Não se aplica.

Conflito de interesses: As pessoas autoras declaram não haver conflitos de interesses.

Declaração de utilização de Inteligência Artificial: Foi utilizada a ferramenta ChatGPT, da OpenAI, entre julho e agosto de 2026, exclusivamente para apoio à adequação de formatação ao template, padronização bibliográfica e revisão técnico-editorial do manuscrito. A ferramenta não foi utilizada para geração, coleta ou análise de dados. O conteúdo final foi revisado e aprovado pelas pessoas autoras, que assumem responsabilidade integral pelo manuscrito.

Pessoa autora correspondente: Dri Nascimento. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). E-mail: drinascipsi@gmail.com. Avenida Doutor Arnaldo, 455, São Paulo, SP, CEP 01246-903, Brasil.

Recebido em: 10/06/2025

Aceito em: 24/02/2026