Revista Brasileira de
Sexualidade Humana ISSN 2675-1194
DOI: https://doi.org/10.35919/rbsh.v36.1308

TRABALHOS DE PESQUISA

SEXO, GÊNERO E IDENTIDADE DE GÊNERO: CONHECIMENTOS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS NO CUIDADO A PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS EM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

SEX, GENDER, AND GENDER IDENTITY: HEALTH PROFESSIONALS' KNOWLEDGE AND SOCIAL REPRESENTATIONS IN THE CARE OF TRANSGENDER AND TRAVESTI INDIVIDUALS IN PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION

SEXO, GÉNERO Y IDENTIDAD DE GÉNERO: CONOCIMIENTOS Y REPRESENTACIONES SOCIALES DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA ATENCIÓN A PERSONAS TRANSEXUALES Y TRAVESTIS EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Samantha Quaresma Alves Campos[1] *Amanda Márcia dos Santos Reinaldo*[2] *Edson André Pereira Hilário*[3]

Resumo: As internações psiquiátricas de pessoas transexuais e travestis seguem operando em um terreno ambíguo — ou cindido, talvez. Diz-se cuidado, mas se pratica exclusão; diz-se integral, mas o gesto não alcança o que desvia. Ainda hoje, entre paredes que prometem acolhimento, o que pulsa é a repetição: olhares que classificam antes de ouvir, protocolos que não sabem onde guardar um nome que não encaixa. Neste estudo — conduzido com 15 profissionais de um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) — não se procurou juízo, mas escuta. E o que veio foi ruído. Os discursos, recolhidos e analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo, não mentem: entre avanços normativos e práticas inerciais, o que emerge é tensão. Entre o que se sabe dizer e o que se insiste em negar. Identidade não é conceito: é presença. E quando ela é desautorizada, nem o cuidado sobrevive incólume. Falta mais que formação. Falta desaprender o gesto de excluir — mesmo quando ele se veste de técnica.

Palavras-chave: Identidade de Gênero; Transexualidade; Representações Sociais; Atenção à Saúde.

Abstract: Psychiatric hospitalizations of transgender and transvestite individuals continue to operate in an ambiguous — perhaps even fractured — terrain. Care is claimed, but what is practiced is exclusion; the discourse of integrality falls short when confronted with what deviates from the norm. Still today, within walls that promise welcome, what reverberates is repetition: gazes that classify before listening, protocols unsure where to file a name that doesn't conform. In this study — conducted with 15 professionals from a Brazilian public hospital — the aim was not to judge, but to listen. And what emerged was noise. The discourses, gathered and analyzed using the Collective Subject Discourse method, do not lie: between normative advances and inertial practices, what surfaces is tension — between what is already known and what is still denied. Identity is not a concept; it is presence. And when that presence is disavowed, care itself cannot remain unscathed. What is missing goes beyond training. We must unlearn the gesture of exclusion — even when it disguises itself as technique.

Keywords: Gender Identity; Transsexuality; Social Representations; Health Care.

Resumen: Las hospitalizaciones psiquiátricas de personas transexuales y travestis siguen operando en un terreno ambiguo — o tal vez, fracturado. Se habla de cuidado, pero lo que se practica es exclusión; se invoca la integralidad, pero el gesto no alcanza lo que se desvía. Aún hoy, entre paredes que prometen acogida, lo que pulsa es la repetición: miradas

CC BY

[1]Especialista em Saúde Mental – Residência Multiprofissional em Saúde mental – Instituto Raul Soares. Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Atenção psicossocial Oeste, Belo Horizonte, Brasil. samanthaquaresmac@gmail.com
[2]Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (2002/2005). Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais - Departamento de Enfermagem Aplicada, Belo Horizonte, Brasil. amandamsreinaldo@gmail.com
[3] Doutorando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Hospital de Ensino Instituto Raul Soares, Belo Horizonte, Brasil. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Hospital Metropolitano Odilon Behrens - Residência Multiprofissional em Saúde da Fam´ília, Belo Horizonte, Brasil. eaphilario@gmail.com

Revista Brasileira de
Sexualidade Humana ISSN 2675-1194
DOI: https://doi.org/10.35919/rbsh.v36.1308

que clasifican antes de escuchar, protocolos que no saben dónde ubicar un nombre que no encaja. En este estudio — realizado con 15 profesionales de un hospital del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño — no se buscó juicio, sino escucha. Y lo que emergió fue ruido. Los discursos, recogidos y analizados mediante el método del Discurso del Sujeto Colectivo, no mienten: entre avances normativos y prácticas inerciales, lo que surge es tensión. Entre lo que se sabe decir y lo que se insiste en negar. La identidad no es un concepto: es presencia. Y cuando esa presencia es desautorizada, ni el cuidado sobrevive intacto. No basta con formación. Hace falta desaprender el gesto de excluir — incluso cuando se disfraza de técnica.

Palabras clave: Identidad de Género; Transexualidad; Representaciones Sociales; Atención en Salud.

Introdução

Dizer é, quase sempre, fazer. E, quando o que se diz é o nome do outro, o que se faz é mais do que designar — é delimitar como se cuida, se é que se cuida. No terreno movediço da saúde mental, onde ciência, ética e política se esbarram, o vocabulário não é neutro: ele arrasta consigo sentidos, silêncios, protocolos. Trata-se, aqui, de um campo em que os nomes em disputa — diagnósticos, identidades, corpos — reorganizam continuamente as possibilidades de escuta e presença. No Brasil, embora se celebre o marco da Reforma Psiquiátrica e os princípios do SUS, o que se observa no plano cotidiano é um cuidado que ainda se desdobra em ausências, fissuras, portões semiabertos (Brasil, 1990; Amarante e Torre, 2018). Há quem entre. Há quem seja deixado de fora.

Entre os que ficam à margem — ou, por vezes, fora de quadro — estão pessoas travestis e transexuais, cujas trajetórias são atravessadas por camadas de exclusão que se atualizam mesmo (ou especialmente) no espaço que se diz terapêutico. Suas dores mentais não são apenas delas: são, em grande parte, fabricadas pelo mundo que as repele (Benevides, 2022; Lam *et al*., 2022). Os dados gritam: sofrimento agudo, suicídio, uso de substâncias. Mas os dados não contam tudo. A forma como a cisnormatividade institucional se infiltra nos protocolos, nos olhares, nas fichas clínicas é silenciosa — e contundente (Acosta *et al*., 2020; Cassalha *et al*., 2020). O hospital, nesse cenário, pode se tornar um espelho invertido: em vez de acolher, reflete o que não se quer ver.

E, se tudo começa pelo nome, é nos conceitos que os impasses se cristalizam. Sexo? Uma atribuição — biológica, mas jamais neutra. Gênero? Uma moldura social aprendida cedo, às vezes rejeitada mais tarde. Identidade de gênero? O modo como o sujeito se encontra consigo mesmo no espelho (ou não). Travestilidade? Aí, talvez, a língua falhe de propósito: trata-se de uma vivência que escapa ao binário, que performa feminilidade sem pedir licença ao sistema, que resiste sem precisar caber (Jesus, 2012; Renosp-LGBTI, 2018). Cada um desses termos carrega disputas políticas disfarçadas de definições técnicas.

Ora, se o cuidado passa pelo saber — e se o saber é, também, representação — então o que os profissionais de saúde pensam importa, e muito. Conforme propôs Moscovici (2003), as representações sociais não nascem no consultório, mas o invadem. Elas operam como lentes coletivas que dão forma ao mundo e, nesse caso, à clínica. Quando essas lentes são moldadas por currículos vazios de diversidade ou por valores não ditos — mas sentidos —, o resultado pode ser trágico: escuta parcial, vínculo frágil, decisões enviesadas. E pior: um cuidado que mais exclui do que acolhe.

Já se disse — com razão — que pessoas trans e travestis enfrentam arquiteturas excludentes nos serviços de saúde. Estudos nacionais e internacionais documentam estigmas persistentes, barreiras sutis, recusas não ditas (Cassalha *et al*., 2020; Albino *et al*., 2021; Wagner *et al*., 2019). Mas o que permanece quase inaudível é o modo como tais recusas se intensificam nas bordas da psiquiatria hospitalar, que mesmo sendo um dos cenários da Rede de Atenção Psicossocial brasileira, segue como um espaço crítico, marcado por risco ampliado de exclusão e violência simbólica. Ali, onde o delírio rompe narrativas e o corpo já não obedece à ordem simbólica, certas leituras emergem: a crise como rasura da identidade. A oscilação do afeto vira indício de inconsistência. A agitação, de instabilidade identitária. E o que era sofrimento, torna-se suspeita — de falsidade, de incoerência, de não ser quem se é. Essa sobreposição raramente nomeada — entre colapso clínico e existência trans — não é detalhe de prontuário: é falha de inteligibilidade. A literatura mundial ainda se cala e o ponto cego persiste.

É nesse intervalo tenso, onde o SUS avança e a Reforma Psiquiátrica tropeça, que este estudo finca sua escuta — não como resposta, mas como tentativa de escuta. Seu objetivo foi compreender os significados e representações sociais que profissionais de saúde atribuem aos conceitos de sexo, gênero, identidade de gênero e travestilidade no cuidado ofertado a pessoas trans e travestis em internações psiquiátricas. Para isso, adotou-se a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme Lefèvre e Lefèvre (2003), que não busca estatísticas nem perfis, mas o pensamento social compartilhado — aquele que escapa dos prontuários e habita os corredores.

Materiais e método

A teoria das representações sociais, quando dita assim, soa grande. Mas o que ela faz, de verdade, é outra coisa: revela como pensamos juntos sem perceber. O que se compartilha — não por consenso, mas por cansaço, talvez — vira norma, gesto automático, definição que ninguém mais interroga. Moscovici (2003) falou disso com precisão, mas o cotidiano... o cotidiano confirma em silêncio. São essas representações que escorrem nos corredores, nos papéis, no tom de voz com que se pergunta "qual o nome social?". Saberes que ninguém se lembra de ter aprendido — mas que todo mundo repete. Não são apenas crenças: são atalhos simbólicos que organizam o olhar. Um saber prático, feito de afetos, valores e hábitos que não se explicam. Estão ali, nos discursos, nos protocolos, nos silêncios. E é justamente aí que as coisas acontecem — ou não.

Falar de cuidado em saúde mental — quando se trata de pessoas travestis ou transexuais — exige outro passo. Porque há técnica, claro, mas também há ruído. E o ruído é feito dessas mesmas representações: do que se supõe ser o outro, do que se entende como "gênero", do que se recusa a ver. Não é questão de opinião. É sedimentação. Uma espécie de chão discursivo que ninguém escolheu, mas sobre o qual se pisa todos os dias. E o cuidado, nesse cenário, acontece dentro de moldes que foram colocados ali antes de qualquer acolhimento começar.

Para escutar o que circula — e o que gruda nas palavras — escolheu-se o Discurso do Sujeito Coletivo. Lefèvre e Lefèvre (2005) propuseram o método, sim, mas ele é mais do que uma proposta técnica. É uma forma de costurar fragmentos até que eles digam algo que ninguém disse sozinho — mas que todos, de algum modo, sustentam. O DSC parte das falas, mas vai além delas. Busca as repetições, os pequenos desvios, os fios invisíveis que amarram os discursos uns aos outros. As expressões-chave revelam mais do que frases. As ideias centrais costuram um raciocínio coletivo. E as ancoragens (Acs)... essas sustentam tudo por baixo, como colunas não vistas. Às vezes são morais, outras vezes são medos, ou apenas hábitos linguísticos endurecidos. E, quando o tema é identidade de gênero, essas colunas aparecem rachadas — ou afiadas.

Usar o DSC, nesse contexto, foi também um gesto de suspensão: ouvir sem corrigir, colher sem interpretar de imediato. Porque há uma diferença entre saber o que alguém disse — e perceber por que aquilo se diz assim. As representações sociais, quando emergem, não pedem licença. Elas se impõem. E é só quando colocadas lado a lado — uma fala com a outra, uma pausa com a próxima — que se torna possível ver o que está sendo de fato operado. E o que não está.

O campo escolhido foi um hospital universitário, especializado em psiquiatria, numa capital brasileira. Aquelas unidades onde tudo parece funcionar, mas só até certo ponto. O hospital atende adultos em situações de crise — graves, agudas, resistentes ao que a rede psicossocial pôde oferecer. As internações, oficialmente curtas, duram em torno de 21 dias.

Entre julho e agosto de 2022, foram entrevistados quinze profissionais que atuavam ali. Cinco técnicos de enfermagem, quatro médicos (alguns ainda residentes), cinco da equipe multiprofissional — com residentes incluídos — e um enfermeiro. Metade do grupo com mais de cinco anos de casa, idade média de 38,5 anos (±10,3), alguma experiência acumulada e, em dois terços dos casos, uma especialização em saúde mental no currículo. O dado biográfico importa, mas o que emergiu foi anterior: aquilo que se aprende antes da formação — ou apesar dela.

A entrevista foi simples. Uma pergunta, direta, sem floreio: "O que você compreende como sendo uma pessoa travesti e uma pessoa transexual?". Não era para obter definições. Era para ver o que escapava delas.

Revista Brasileira de
Sexualidade Humana ISSN 2675-1194
DOI: https://doi.org/10.35919/rbsh.v36.1308

Os encontros ocorreram no ambiente de trabalho, entre prontuários e telefones tocando. O critério de saturação, como se diz, guiou o fim da coleta — embora talvez fosse mais honesto dizer que o que se escutava começou a se repetir com uma estranha naturalidade.

A análise percorreu as etapas clássicas do DSC, conduzida por dois pesquisadores de forma independente, o que permitiu confrontar interpretações e reduzir o risco de leituras unívocas. As falas foram reorganizadas em discursos-síntese, sempre na primeira pessoa — não por mero recurso estilístico, mas por compromisso ético: devolver à fala coletiva um corpo e uma voz. Nesse gesto, o que soa como um "eu" pode carregar, em verdade, um "nós" denso, tecido de repetições, silêncios e ecos cruzados. Não foi realizada devolutiva dos resultados aos participantes, o que constitui uma limitação metodológica, mas não anula a densidade do material construído. A teoria de Moscovici (2003) sustentou esse movimento: o que se enuncia sobre o outro é, invariavelmente, uma forma de dizer de si. E, quando esse "outro" é uma pessoa trans, o que emerge não é apenas definição — mas camadas de sentido que deslizam, sobrepõem-se e nem sempre se reconhecem como tais.

Para estruturar os discursos, três figuras foram usadas: expressões-chave — pedaços da fala com força própria; ideias centrais — os eixos que atravessam esses pedaços; e ancoragens — os porquês invisíveis que amparam tudo. Não se analisaram as ACs de forma sistemática, mas elas estavam lá. Algumas gritavam, outras sussurravam — como apontado por Brito (2021).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética (Parecer nº 5.529.761), os consentimentos foram assinados, os nomes suprimidos. Cada entrevistado virou uma letra com número. Mas nenhum deles desapareceu por isso. Ao contrário — nas falas agrupadas, talvez tenham dito mais do que conseguiram dizer individualmente.

Resultados

A costura dos discursos coletivos levou à emergência de três ideias centrais — não por soma simples, mas por condensação de ecos, repetições e tropeços que atravessam os relatos. Em cada uma delas, algo se repete com insistência, quase sempre sem nomear o que está em jogo. O que se apresenta aqui são três blocos discursivos, em primeira pessoa, como preconiza o método do Discurso do Sujeito Coletivo (Brito, 2021). Mas o que eles carregam vai além da forma: são camadas de pensamento social que operam silenciosamente no cotidiano clínico.

Para preservar o anonimato, os participantes foram codificados de P1 a P15. Em cada trecho, houve intervenção mínima — apenas correções discretas de termos como "gênero", "sexo" e "identidade de gênero", ou dos pronomes atribuídos — sem jamais apagar o traço original da fala.

Ideia Central 1: A identidade de gênero depende da modificação corporal

> **DSC:** "Eu entendo que travestis e transexuais, são pessoas que não aceitam, [o gênero] o sexo delas. Eu acho que é questão de [...] aceitação do seu próprio corpo e a mente se identifica com o [gênero] sexo oposto. Elas são pessoas que não se reconhecem como o sexo biológico e vão escolher o próprio gênero, isso envolve a identidade, a subjetividade da pessoa e a forma como ela se percebe. Tanto o [a] travesti quanto o [a] transexuais se então ele se identifica mais pelo lado feminino, com traços de mulheres, ou com identificam, com vestimentas, por exemplo, [...] um homem que se sente como uma mulher, característica de mulher e por isso apresentam [...] uma questão com o órgão sexual biológico. Transexual é quem quer mudar [...] de sexo? Já me deparei com transexuais que afirmam, eu sou mulher e só está faltando fazer a operação para retirar o meu sexo, no caso de homem que se identifica como mulher. E já passou mulher, que se identificava como homem. Porque [a] os transexuais muitas vezes já têm as características do gênero que [ela] ele se identifica, [...] já passou por modificações, por processos para alterar o sexo biológico." **(P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15)**

Aqui, é o corpo — ou melhor, a carne visível, a genitália presumida — que ancora o entendimento sobre quem alguém é ou pode ser. A identidade, nesse registro, não aparece como construção relacional ou

trajetória singular, mas como algo que se corrige, que se reconfigura cirurgicamente. A vivência trans é, assim, comprimida entre um antes (a não aceitação do sexo biológico) e um depois (a modificação visível do corpo). O cuidado, quando guiado por esse imaginário, tende a se reduzir à constatação do que foi — ou não foi — alterado fisicamente, como se houvesse um marcador definitivo entre autenticidade e aparência.

Ideia Central 2: A travestilidade como performance ou expressão passageira

> **DSC:** "[...] Uma pessoa travesti é uma pessoa que tem uma identificação com o gênero biológico de nascença, mas que se veste como [...] o outro gênero. [...] Está mais relacionada à vestimenta [...] que estão socialmente relacionadas [...] ao gênero [...] oposto. Por exemplo, um homem que gostava de se travestir de mulher, mas [...] não apresenta uma questão com o órgão genital biológico [...], não realizou cirurgia de mudança de sexo ou tomou hormônios [...]. Igualmente ocorre com as transexuais, são mulheres e têm às vezes homens, como por exemplo, um homem que se veste de mulher, parecer mulher, se identifica apenas [...] com roupas, com gestos de mulher. A travesti se transveste, muitas vezes [a] o travesti durante o dia [...] pode ser um homem normal e durante a noite um travesti. [Ela] ele se traveste, coloca salto, coloca peruca, põe maquiagem, [ela] ele faz shows em casas noturnas, como travesti [...]." **(P2, P3, P7, P8, P10, P11, P12, P14)**

Travestilidade, nesse arranjo discursivo, surge como algo que se põe e se retira — maquiagem, salto, espetáculo. A identidade é convertida em performance e, com isso, deslocada para fora do campo da autenticidade. A figura da travesti não é reconhecida como sujeito de permanência, mas como alguém que atua, encena, se transforma conforme a cena. Tal compreensão, ainda que não sempre explícita, desautoriza a legitimidade do sofrimento psíquico e das demandas de cuidado dessas pessoas — como se fossem sempre um pouco “de mentira”, um pouco “por fora”.

2.3 Ideia Central 3: A identidade de gênero como desconhecimento, desvio ou patologia

> DSC: "Isso eu não vou entender, [...] porque as pessoas gostam [...] isso eu não sei explicar não. Para mim é uma opção, é uma opção que [elas] eles escolheram para ser. E a gente não sabe muito dessas pessoas. A gente [...] não sabe nada do que passa na cabeça dessas pessoas, como são os mundos, como são as leis [delas] deles. Travesti é uma identidade de gênero, onde que a pessoa nasceu com um [gênero] sexo oposto à opção sexual [dela] dele e [ela] ele se identifica com o [gênero] sexo oposto. Já a transexual é uma mulher que lésbica [...]. A gente não entende muito bem por que veio a [...] gostar de pessoas do mesmo sexo. Algumas pessoas nascem geneticamente modificadas, [...] eu entendo muito como uma questão hormonal. Tem alguns travestis e transexuais que são bem confusos e tem outros que são bem decididos. Tem uns que vêm transformados mesmo, por exemplo, homens que colocam silicone, então você vê que já é uma pessoa mais decidida. E tem alguns que ainda têm alguma barreira de aceitação e às vezes ficam um pouco confusos na aceitação, cada dia era com um nome, às vezes era de um sexo, às vezes era de outro e a preocupação, como se a partir de elementos externos pudesse haver uma mudança disso. Ficava claro que não era consistente a identificação. A travesti é algo mais fluido, sem muita construção com relação à identidade, em alguns momentos aquela pessoa é travesti.” **(P1, P2, P7, P9, P11, P13, P15)**

O que emerge aqui não é apenas confusão, mas uma forma de deslegitimação sistemática. A identidade trans é descrita como indecisão, impulso inexplicável, “opção” — um termo que, nesse uso, resvala para o julgamento moral. A referência à genética, ao hormônio ou ao comportamento errático desvia o foco da dimensão subjetiva e social do gênero, reinstalando a ideia de anormalidade. E o cuidado, quando pautado por essa lógica, já parte de um lugar que recusa compreender — e, por isso, também falha em acolher.

Discussão

A identidade de gênero depende da modificação corporal

É como se o corpo falasse antes da pessoa — e, por vezes, em seu lugar. Entre os discursos analisados,

Revista Brasileira de
Sexualidade Humana ISSN 2675-1194
DOI: https://doi.org/10.35919/rbsh.v36.1308

algo se impõe — não como argumento, mas como hábito do olhar: só se é, verdadeiramente, aquilo que se mostra. E mostra-se como? Pela carne, pela forma, pela cirurgia. O gênero, então, parece depender de um antes e de um depois: era, não era — agora é, porque mudou. Segundo Moscovici (2003), as representações sociais funcionam como molduras que fixam o sentido; tornam familiar o que escapa, naturalizam o que fere. E nada fere mais do que aquilo que se recusa a caber: a pessoa trans que não fez "a mudança", que não "se adaptou", que insiste em existir entre.

A noção de que a identidade precisa de comprovação física não apenas domina os relatos — ela os atravessa. Como um filtro, tudo passa por ela: o acolhimento, o diagnóstico, o cuidado. A lógica biomédica impõe sua gramática, onde só há sujeito se houver anatomia correspondente. Bento (2006) já denunciava isso como uma pedagogia da normatividade: tudo se passa como se o corpo, ajustado, fosse o ingresso necessário para acessar o mundo dos reconhecidos. O que não se ajusta, desajusta o sistema. E o sistema, por sua vez, retribui com silêncio — ou com violência simbólica.

Nos espaços fechados da internação, essa lógica não apenas resiste — ela se radicaliza. Acosta *et al*. (2020) apontam que a desconexão entre aparência e identidade autodeclarada pode provocar reações clínicas adversas, constrangimentos, desconforto. Klatt (2020) confirma: quando a subjetividade trans não encontra espelho institucional, o vínculo terapêutico se rompe antes mesmo de começar. É uma exclusão que não grita, mas que se revela na recusa de nomear, no olhar que hesita, na ficha que erra.

Mesmo com diretrizes claras no SUS, como lembram Nascimento e Simões (2018), há entraves simbólicos que operam como barreiras mais potentes do que a ausência de protocolos. Avanços normativos coexistem com práticas resistentes, com silêncios que, na prática, dizem muito: você não pertence. E esse não pertencimento não impede apenas o acesso — compromete o cuidado em sua dimensão mais elementar: a escuta, o reconhecimento, o vínculo.

Não se trata de exagero. Gizunterman *et al*. (2020) mostram que ainda é comum alocar pacientes com base na genitália ou recusar-se a usar o nome social. Pequenos gestos — mas com efeitos devastadores. Por isso, o Ministério da Saúde, no guia de Jesus (2012), reforça o princípio da autodeclaração. Não se trata de tolerância: trata-se de justiça epistêmica — de reconhecer que o sujeito sabe de si.

A decisão sobre alocação, portanto, não pode seguir o *script* da genitália. Kealy-Bateman, Daws e Oulialis (2018) defendem que critérios clínicos, experiências anteriores e, acima de tudo, a vontade da pessoa deve guiar essa escolha. Dizer que há risco de conflito é, frequentemente, um eufemismo para manter as coisas como estão. Mas o que está é o que fere. A lógica genitalista talvez ofereça uma aparência de ordem — mas ela cobra caro: o preço da negação cotidiana de existências já vulnerabilizadas.

A deslegitimação da travestilidade como identidade de gênero

É estranho como certas imagens colam — e colam forte. Entre os discursos recolhidos, a travestilidade aparece quase sempre envolta em brilho, salto, maquiagem. Não como existência, mas como cena. E talvez resida aí o ponto cego mais ruidoso: ao transformar em espetáculo o que é vivência, escapa-se do essencial. O que pulsa por trás da performance? Ou melhor: quem? A resposta — se houver — raramente vem da escuta; vem do hábito, do reflexo social. Para Moscovici (2003), representações são isso: atalhos cognitivos que organizam o mundo, mesmo quando não explicam nada.

E então, a leitura da travesti como alguém que se monta, que se transforma só à noite, que se desmancha pela manhã — essa leitura não apenas atravessa os relatos, mas os molda. Não se questiona se ela é justa, ou se diz mais de quem observa do que de quem é observado. Ela apenas se instala. E quando se instala, desloca a travestilidade do campo da identidade para o da máscara. Disfarce, gesto, performance — nunca sujeito. Jesus (2012) nos alerta: esse apagamento tem método, tem história, tem intenção.

Benevides (2022) não suaviza: negar a identidade é ferir com método. É descolar o cuidado de qualquer reconhecimento legítimo, minar vínculos antes que eles se formem. O gesto pode ser sutil — um nome ignorado, um pronome trocado — mas o efeito, não. As cicatrizes da rejeição institucional são fundas e silenciosas. E aqui, a violência não vem do grito, mas do esvaziamento: você não é, logo, não será escutado.

Cassalha *et al*. (2020) e Albino *et al*. (2021) não dizem, apenas mostram, quase como quem lamenta:

quando o corpo escapa do que se espera, o cuidado titubeia. Quando a aparência incomoda — seja pela roupa, pela voz, por algo que "não combina" — o vínculo não rompe de vez, mas se desloca, afasta-se, retrai-se. E o que deveria ser escuta vira espera; espera por um corpo mais fácil, mais legível, menos desobediente. O incômodo do profissional é, quase sempre, devolvido como suspeita sobre a própria identidade do outro. A expressão ambígua vira diagnóstico; a não conformidade vira risco; e a travesti vira ruído — algo a ser contido, não entendido.

Stepney *et al*. (2025) nos devolvem uma pergunta incômoda: o que é preciso performar para ser aceito? Nos relatos que recolheram, passabilidade e aparência ainda funcionam como senhas de entrada para o cuidado. O que não passa, não entra. O que não convence, não permanece. E a travestilidade — com sua recusa ativa ao binarismo e ao *script* biomédico — parece destinada a vagar entre salas, corredores, olhares que não sabem onde colocá-la. Ou que já decidiram não vê-la.

A identidade de gênero como desconhecimento, desvio ou patologia

As representações sociais identificadas nesta ideia central revelam, mais do que lacunas conceituais, uma cartografia moral do cuidado — um território onde o que é desconhecido tende a ser desautorizado. A leitura da identidade trans como "confusão", "fase" ou "distúrbio" não apenas persiste entre profissionais de saúde, mas atua como um dispositivo simbólico de contenção. Segundo Wagner *et al*. (2019), tais representações derivam de uma formação biomédica centrada na normatividade, que reduz o reconhecimento àquilo que se encaixa em molduras preexistentes. O que escapa — o que não "faz sentido" — não entra na escuta. E, se não entra, não é cuidado.

Quando se tenta justificar a experiência trans por meio de explicações hormonais, genéticas ou confundindo-a com orientação sexual, observa-se um deslocamento epistemológico: o sujeito vira hipótese, a identidade vira sintoma. Em vez de escutar, patologiza-se. E, como alerta Benson (2013), o cuidado torna-se ajuste — um ajuste forçado às expectativas de coerência cisgênero. A linguagem profissional se contamina com crenças pessoais, e o diagnóstico, muitas vezes, funciona como uma senha para a exclusão.

Cassalha *et al*. (2020) demonstram com clareza que confundir identidade de gênero com sexualidade é mais do que um erro técnico — é um sintoma de resistência simbólica. Tal confusão, ainda que disfarçada de desconhecimento, opera na prática como uma forma de negação: quem não "faz sentido" não merece escuta. E, quando há escuta, é para corrigir, não para acolher.

Albino *et al*. (2021) e Wagner *et al*. (2019) reforçam que a ausência de formação em gênero durante a trajetória profissional perpetua estigmas. Nesse vácuo, instalam-se violências simbólicas mascaradas por uma suposta neutralidade clínica. O cuidado integral — que exigiria vínculo, reconhecimento e disponibilidade — cede lugar a uma vigilância moral. O profissional, diante do desconhecido, recorre ao que lhe é familiar: padrões binários, convicções religiosas ou, simplesmente, o silêncio.

Benson (2013), bem como Nascimento e Simões (2018), vão além: quando o preconceito se institucionaliza, manifesta-se por meio de gestos sutis — o nome social que não é utilizado, o riso no corredor, a insistência em "corrigir" o que não precisa de correção. São microviolências que comprometem o vínculo terapêutico, ferem antes mesmo do início de qualquer tratamento e, acima de tudo, afastam. Afastam da escuta, da confiança, do cuidado — e, por vezes, do próprio desejo de seguir vivendo.

Considerações finais

O recurso ao Discurso do Sujeito Coletivo, embora fértil para captar a tessitura social das falas, não está isento de riscos: a síntese pode homogeneizar vozes dissonantes, a interpretação do pesquisador pode insinuar uma unidade que nunca existiu, e a pretensão de devolver um "nós" pode se converter em ficção, se não houver extremo rigor na costura dos fragmentos (Lefèvre & Lefèvre, 2003, 2005; Brito, 2021). Essas limitações metodológicas se somam às do próprio estudo: realizado em um único hospital, com predomínio de especialistas em saúde mental. Como em toda investigação qualitativa, os achados não se prestam à ge-

Revista Brasileira de
Sexualidade Humana ISSN 2675-1194
DOI: https://doi.org/10.35919/rbsh.v36.1308

neralização. Ainda assim, não é possível ignorar a potência do DSC neste contexto: ao devolver clareza comunicativa a discursos fragmentados, resgatar a dimensão coletiva e preservar a linguagem natural dos sujeitos, o método permitiu vislumbrar nuances de como se constroem sentidos sobre sexo, gênero e identidade em meio ao cotidiano da internação — nuances que provavelmente se perderiam em abordagens mais convencionais.

Nesse sentido, este estudo não apenas descreve — ele expõe aquilo que ainda se cala nos corredores da saúde mental: a forma como profissionais representam, interpretam ou simplesmente reagem diante de pessoas transexuais e travestis em internação psiquiátrica. O que se viu não foi apenas desconhecimento técnico, mas um tecido simbólico denso, feito de moral, medo, reflexo condicionado. As representações sociais, lembra Moscovici (2003), são mais do que crenças — são mapas invisíveis que orientam o agir, mesmo (e sobretudo) quando se age sem pensar. É nesse território que se decide, muitas vezes sem dizer, quem será ouvido, acolhido, respeitado. E há, ainda — e sempre — aquele que não atravessa a porta da escuta, não por falta de sintomas, mas porque carrega no corpo um nome que desconcerta, um pronome que não encaixa; é nesse tropeço sem som que o cuidado se perde — ou, pior, disfarça-se de técnica.

É no campo da saúde mental que essas imagens do outro — quase invisíveis, quase banais — operam como engrenagens sem aviso. E ali, sob a máscara da clínica, esconde-se algo mais antigo: uma didática da exclusão, onde tudo que escapa ao molde vira ruído, suspeita, erro que precisa de rótulo, de correção, de arquivo. Mesmo quando o SUS avança em diretrizes (BRASIL, 2013), há uma resistência teimosa — não nos textos, mas nos gestos: o quarto onde se coloca, o nome que se hesita em dizer, o olhar que escorrega sem escutar. Falta formação, sim. Mas falta, também, o desejo de escutar o que desorganiza. O cuidado, ali, frequentemente não cuida — contém. E conter é outro nome para negar.

Estudos como os de Acosta *et al*. (2020), Kealy-Bateman *et al*. (2018) e Stepney *et al*. (2025) reafirmam o básico — e o básico ainda precisa ser dito: identidade se reconhece, não se mede. Não é a genitália que decide onde a pessoa cabe; é a escuta que funda o vínculo — e a escuta só acontece quando há disposição para reconhecer o outro sem convertê-lo. O nome social, o pronome certo, o espaço seguro — são mínimos éticos, não concessões.

Há algo que, talvez por desconforto, permaneça pouco dito: em meio à desorganização da crise psiquiátrica, certos profissionais pareceram reler a identidade de gênero como instável, tênue — quase colapsada junto com o eu. Como se o delírio se infiltrasse na autodeclaração. Como se o colapso subjetivo suspendesse o direito à permanência. Raro na literatura internacional, esse deslizamento simbólico revela um uso perverso da crise: sua conversão em instrumento de deslegitimação. A oscilação clínica, que deveria convocar cuidado, passa a justificar exclusão. Mas não é só isso. O gesto que recusa o nome, o pronome, a existência, não nasce da ausência de protocolos — nasce do medo de escutar o outro sem filtros normativos. Para enfrentá-lo, será preciso mais do que fluxogramas ou formações pontuais: será preciso tensionar as margens do cuidado, reinscrever ali vetores mínimos de reconhecimento simbólico. Nome social, sim. Pronome, sim. Mas, sobretudo, uma ética que não desfaça o sujeito no instante em que ele mais se dissolve. A contribuição do estudo está justamente aí: tornar visível o ponto cego — aquele que confunde instabilidade clínica com vacilação identitária. E, ao fazê-lo, deslocar o cuidado de sua zona de conforto. Pois cuidar, aqui, talvez seja apenas isso: não negar ao outro, nem por um segundo, o direito de ainda ser.

Referências

ACOSTA, W. et al. Identify, engage, understand: supporting transgender youth in an inpatient psychiatric hospital. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 59, n. 4, p. 350–360, 2020. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-019-09653-0, Acesso em: 14 maio 2025.

ALBINO, M. S. et al. Vivências de pessoas transgênero e equipe de enfermagem na atenção à saúde: encontros e desencontros. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, v. 7, n. 3, p. 45–67, 2021. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/46897. Acesso em: 14 maio 2025.

BENEVIDES, B. G. *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2021*.

Brasília: ANTRA, 2022. Disponível em: https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2022/01/dossieantra2022-web.pdf. Acesso em: 14 maio 2025.

BENSON, K. E. Seeking support: transgender client experiences with mental health services. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, v. 23, n. 5, p. 640–651, 2013. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2013-07324-002. Acesso em: 14 maio 2025.

BENTO, B. *A (re)invenção do corpo:* sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.* Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 14 maio 2025.

BRITO, J. et al. Discurso do sujeito coletivo na prática. 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350715321_Discurso_do_sujeito_coletivo_na_pratica. Acesso em: 14 maio 2025.

CASSALHA, O. C. et al. Vivências de pessoas transgêneras no atendimento à saúde: metassíntese qualitativa. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 10, e4769108810, 2020. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8810. Acesso em: 14 maio 2025.

GIZUNTERMAN, A. et al. Hospitalization of transgender youth in a psychiatric ward—opportunities and challenges: a case study. *Sexes*, v. 1, n. 1, p. 32–38, 2020. Disponível em: https://www.mdpi.com/2411-5118/1/1/3. Acesso em: 14 maio 2025.

JESUS, J. G. de. *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf. Acesso em: 14 maio 2025.

KEALY-BATEMAN, W.; DAWS, T.; OULIARIS, C. Transgender ward allocation in single-sex mental health wards: contemporary considerations. *Australasian Psychiatry*, v. 27, n. 6, p. 1–3, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30474391/. Acesso em: 14 maio 2025.

KLATT, S. R. *Trans experiences of inpatient psychiatric hospitalization:* accounts of discrimination and recommendations for change. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Serviço Social) – California State University, Sacramento. Disponível em: https://scholars.csus.edu/esploro/outputs/graduate/Trans-experiences-of-inpatient-psychiatric-hospitalization/99257830922701671. Acesso em: 14 maio 2025.

LAM, J. S. H. et al. Characteristics of transgender individuals with emergency department visits and hospitalizations for mental health. *Psychiatric Services*, v. 73, n. 7, p. 722–729, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34875849/. Acesso em: 14 maio 2025.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo:* um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais:* investigações em psicologia social. Tradução de Paulo M. A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

NASCIMENTO, F. M.; SIMÕES, S. S. *Reconhecimento das sexualidades e identidades de gênero: condições para políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/14751/1/FMNascimento.pdf. Acesso em: 14 maio 2025.

RENOSP-LGBTI. *Manual de atendimento e abordagem da população LGBTI por agentes de segurança pú-*

Revista Brasileira de
Sexualidade Humana ISSN 2675-1194
DOI: https://doi.org/10.35919/rbsh.v36.1308

blica. Brasília: RENOSP-LGBTI, 2018. Disponível em: https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/03/manual-de-seguranc387a-pc39ablica-atendimento-e-abordagem-lgbti.pdf. Acesso em: 14 maio 2025.

STEPNEY, M. et al. Improving the experience of health services for trans and gender-diverse young people and their families: an exploratory qualitative study. *Health and Social Care Delivery Research*, v. 13, n. 4, 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39980357/. Acesso em: 14 maio 2025.

WAGNER, J. et al. Psychosocial overview of gender-affirmative care. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, v. 32, p. 1–7, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.05.004. Acesso em: 14 maio 2025.

Recebido em: 30/05/2025
Aprovado em: 05/09/2025