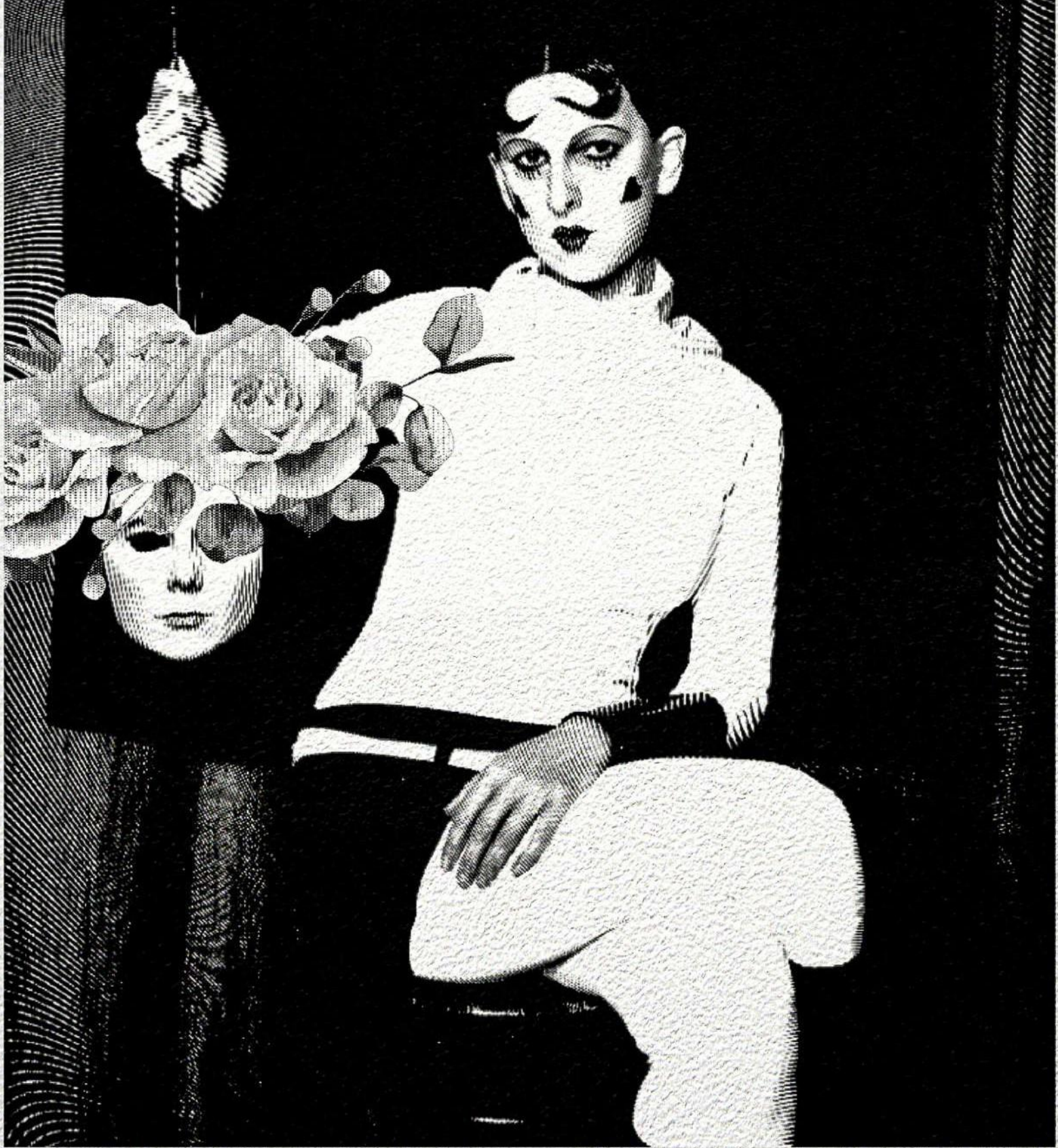


# THE NEW YORK STATE COLLEGE OF VISUAL ARTS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GABRIEL FERNANDES RODRIGUES

**“SOBREVIVÊNCIAS: JUVENTUDE, TRANSEXUALIDADE E SUICÍDIO”**

BELO HORIZONTE

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**SOBREVIVÊNCIAS: juventude, transexualidade e suicídio**

Dissertação apresentada como requisito para aprovação no Mestrado em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Linha de pesquisa: Política, Participação Social e Processos de Identificação. Área de concentração: Psicologia Social.  
Orientador: Dr. Marco Aurélio Máximo Prado

BELO HORIZONTE

2024

150            Rodrigues, Gabriel Fernandes.  
R696s            Sobrevivências [manuscrito] : juventude, transexualidade e  
2024            suicídio / Gabriel Fernandes Rodrigues. - 2024.  
                    118 f.  
                    Orientador: Marco Aurélio Máximo Prado.

                    Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais,  
                    Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
                    Inclui bibliografia.

                    1. Psicologia – Teses. 2. Suicídio - Teses. 3. Transexualidade -  
                    Teses. 4. Juventude - Teses. I. Prado, Marco Aurélio Máximo.  
                    II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e  
                    Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE GABRIEL FERNANDES RODRIGUES

Realizou-se, no dia 27 de fevereiro de 2024, às 16:00 horas, Oline, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *SOBREVIVÊNCIAS: JUVENTUDE, TRANSEXUALIDADE E SUICÍDIO*, apresentada por GABRIEL FERNANDES RODRIGUES, número de registro 2021707118, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Marco Aurélio Máximo Prado - Orientador (UFMG), Prof(a). Flavia do Bonsucesso Teixeira (UFU e Ministério da Saúde), Prof(a). Helena Moraes Cortes (USFC).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, a presente ata, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.



Documento assinado eletronicamente por **Helena Moraes Cortes, Usuária Externa**, em 08/03/2024, às 15:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marco Aurelio Maximo Prado, Professor do Magistério Superior**, em 15/04/2024, às 16:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Flavia do Bonsucesso Teixeira, Usuário Externo**, em 23/07/2024, às 19:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3093572** e o código CRC **DC601903**.

## AGRADECIMENTOS

Sempre achei coletivo uma palavra linda, desde criança, gostava de decorar os diferentes nomes de coletivos de animais (enxame, manada, rebanho etc.). Para nós, animais humanos, alguns coletivos buscam agrupar ideias, valores, práticas. Bando, todavia, é um coletivo que pode ser facilmente usado para os animais e para aqueles humanos que são vistos como animais. Bom, esse trabalho só foi possível graças a um bando. Sim, um bando diverso de bixas, sapatas, travestis, adolescentes, mestres, estudantes, doutores, trabalhadores, artistas, baderneiros, entre tantos outros que tive a sorte de conhecer nessa trajetória.

A todos os mestres que já se foram e que disponibilizaram seus conhecimentos e vivências na construção de novos mundos. A todos os desviados que já nos deixaram e cujo legado continua a inspirar. A todos aqueles que lutaram para que pudéssemos ousar existir. Se hoje posso escrever sobre alguns temas, é sem dúvidas graças ao trabalho de muitos que me precederam. A todas as portas e caminhos abertos por vocês, gratidão!

Lembro da minha surpresa, quando ainda na graduação, na disciplina de Psicologia, gênero e diversidade sexual, ouvir um professor ativo ensinar sobre temas que atravessavam minhas vivências com tanta maestria. De certo que essa disciplina, em especial, marcou os rumos da minha trajetória. Agradeço ao professor Marco Aurélio Máximo Prado por suas incontáveis lutas na construção de um mundo mais humano. Você é uma fonte de inspiração!

Levando em consideração que parte deste trabalho foi feita durante a pandemia de Covid-19, as memórias que tenho de poder voltar, presencialmente, ao Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos da UFMG (nuh), sentar-se à mesa com os colegas para conversar enquanto tomamos um cafézinho, me aquecem. A contribuição desse bando foi inestimável para a construção dessa pesquisa. Um salve aos colegas: Antônio, Frederico, Igor, João, Ana Sol, Júlia, Nataly, Maria, Mariana, Sofia, Walter, Fabíola, João Pedro, Welligton.

Agradeço ao Transpasse, projeto incrível que transforma a vida de tantas pessoas e que tive a honra de poder participar. Minha gratidão a todas as usuárias que me marcaram com suas histórias de vidas e com seus saberes transcestrais.

Minha gratidão ao Ambulatório de Acolhimento em Diversidade de Gênero para Crianças e Adolescentes em especial à Tatiane Miranda que cotidianamente luta para manter um espaço onde os

jovens possam ter acesso a saúde qualificada. A luta na garantia por um sistema de saúde possível para os jovens trans também é prevenção do suicídio.

Obrigado a querida Ana Sol pela elaboração da capa da dissertação. Minha intenção com a capa era juntar o trabalho de artistas que admiro. Ana Sol é uma colagista, travesti, negra e estudante de filosofia cujo trabalho perpassa pelas temáticas de identidade, política, gênero e revolução. A fotografia que utilizamos para a colagem é um autorretrato de Claude Cahun (1894 – 1954), fotografa, poeta e escritora surrealista, cujo trabalho desconstruía a binaridade de gênero e, mesmo sendo perseguida pelos nazistas, atuou em diversos movimentos antifascistas. Obrigado por vitalizar o mundo com suas artes.

Tive a sorte de poder encontrar também alguns pesquisadores brasileiros que também preenchem as lacunas nos saberes sobre suicídio. Quero agradecer em especial a Felipe de Baére, por sua disponibilidade e carinho quando eu estava apenas no início dessa jornada. Agradeço também a colega Luana Lima, por todas as trocas que tivemos nesses congressos.

Aos queridos membros da banca, Helena Cortes, Flavia Bonsucesso e Mário Carvalho, obrigado pela leitura atenciosa de cada um de vocês e por todas as orientações que possibilitaram aprimorar esta pesquisa.

Gratidão a minha família por tornar a vida possível. Ao meu companheiro, Luiz Vinhal, obrigado por ser presença nos momentos mais difíceis dessa pesquisa, ela só foi possível porque eu pude contar com você!

Por último, e mais importante, minha eterna gratidão a Lucca, Noah, Rose e Angel. Que vocês possam ter muito mais histórias para contar!

*“O caos subjetivo nos unia como uma asa”*  
*(José Alcides Pinto, 2007)*

## RESUMO

Diversas pesquisas internacionais têm apontado que pessoas trans e travestis tem mais ideação e tentativas de suicídio do que seus pares cisgêneros. No Brasil, são raras as produções que versam sobre o suicídio da população trans, em especial levando em consideração a população jovem, que é notadamente mais vulnerável ao suicídio. Assim, a presente pesquisa objetiva compreender os significados atribuídos pelos jovens trans ao autoextermínio. Busca também analisar as relações entre suicidalidade, gênero e sexualidade. Para isso, foram utilizados o método de história de vida e o método da Cena de Rancière na entrevista com quatro jovens usuários do projeto Transpasse e do Ambulatório de Acolhimento em Diversidade de Gênero para Crianças e Adolescentes. A análise das entrevistas segue o referencial da Suicidologia Crítica. A partir da revisão bibliográfica e das entrevistas foi possível evidenciar que a transexualidade, enquanto categoria médica, já nasce atrelada a categoria do suicídio, sendo performada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e pelas Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), como uma identidade essencialmente suicida. Constatou-se que a categoria suicídio é utilizada para repatologizar as transexualidades ao mesmo tempo que produz a cisgeneridade como fator de proteção do suicídio. Por fim, foi possível elaborar o que chamei de Políticas Performativas do Suicídio, para designar um dispositivo complexo que articula a categoria do suicídio em diversos agenciamentos que atuam tanto na construção como no desmantelamento de políticas de saúde transespecíficas. Concluímos que as relações entre juventude, transexualidade e suicídio não são essenciais, mas sim contingenciais, sendo produzida pela própria literatura científica que busca descrever estes fenômenos.

Palavras-chave: suicídio; gênero; jovens; juventude; transexualidade; travestilidade.

## **ABSTRACT**

Several international studies have pointed out that transgender and transvestite individuals experience higher rates of suicidal ideation and attempts than their cisgender counterparts. In Brazil, there are few productions that address the suicide of the trans population, especially considering the young population, which is notably more vulnerable to suicide. Thus, the present research aims to comprehend the meanings attributed by young trans individuals to self-destruction. It also seeks to analyze the relationships between suicidality, gender, and sexuality. To achieve this, the life history method and Rancière's Scene method were used in interviews with four young users of the Transpasse Project and the Gender Diversity Support Clinic for Children and Adolescents. The analysis of the interviews follows the framework of Critical Suicidology. From the literature review and interviews, it was possible to highlight that transgender identity, as a medical category, is inherently linked to the category of suicide, as outlined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the Resolutions of the Federal Council of Medicine (CFM), framing it as an essentially suicidal identity. It was observed that the suicide category is used to pathologize transgender identities while simultaneously constructing cisgender identity as a protective factor against suicide. Finally, it was possible to elaborate what I have termed as Performative Suicide Policies, denoting a complex device that articulates the suicide category in various agencies that act both in the construction and dismantling of trans-specific health policies. We conclude that the relationships between youth, transgender identity, and suicide are not essential but contingent, produced by the scientific literature that seeks to describe these phenomena.

Keywords: suicide; gender; youth; adolescence; transgender; transvestite.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Autorretrato Rose.....	60
Figura 2 - Ilustração Rose .....	65
Figura 3 - Suicídio de pessoas trans por identidade de gênero.....	76
Figura 4 - Resolução CFM nº 1.955/2010.....	82

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
CDH	Clínica de Direitos Humanos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde
DAJ	Divisão de Assistência Jurídica Prof. Paulo Edson de Sousa
DSM	Manual Diagnóstico e Estático de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBTE	Instituto Brasileiro de Transformação pela Educação
MMFDH	Ministério da Mulher Família e Direitos Humanos
NUH	Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Universal de Saúde
TIG	Transtorno de Identidade de Gênero
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## Sumário

<b>Introdução</b> .....	12
<b>Justificativa</b> .....	16
<b>Capítulo 1- Suicídio para além da dimensão individual</b> .....	19
<b>Despatologizando o suicídio</b> .....	22
<b>Autópsia Psicológica e a ontologia do suicídio</b> .....	24
<b>Quais vidas são prevenidas?</b> .....	27
<b>Capítulo 2- Percursos Metodológicos</b> .....	31
<b>Coleta de Dados</b> .....	32
<b>Critérios de Inclusão e Exclusão</b> .....	32
<b>Sobre o Transpasse</b> .....	33
<b>Sobre o Ambulatório</b> .....	34
<b>Histórias de vida e de morte</b> .....	36
<b>Pode um jovem trans falar?</b> .....	38
<b>Capítulo 3- Montando a Cena Polêmica</b> .....	42
<b>Hackeando e alterando os critérios de perceptividade</b> .....	44
<b>SOBRE-VIVÊNCIAS</b> .....	47
<b>Lucca</b> .....	47
<b>Noah</b> .....	54
<b>Rose</b> .....	59
<b>Angel</b> .....	66
<b>Capítulo 4 - Suicídio e Política</b> .....	71
<b>Regime de Verdade, Suicídio e Transexualidade</b> .....	71
<b>O suicídio masculino e o suicídio feminino</b> .....	73
<b>O transexual verdadeiro é suicida?</b> .....	77
<b>Suicídio como destino</b> .....	88
<b>Diagnósticos</b> .....	92
<b>As diferenças de temporalidade nas experiências de jovens trans intersexuais</b> .....	93
<b>Políticas Performativas do Suicídio</b> .....	96
<b>Políticas Familiares de Prevenção do Suicídio</b> .....	101
<b>Considerações Finais</b> .....	105
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	108

## Introdução

“A revelia do mundo, eu as convoco a viver apesar de tudo.

Na radicalidade do impossível.

Aqui, onde todas as portas estão fechadas,  
e por isso mesmo somos levadas a conhecer  
o mapa das brechas”

(Mombaça, 2021, p.14.)

Pensar o fenômeno do suicídio a partir de histórias de vida, pode parecer contraditório, pois morte e vida assumem facetas frequentemente opostas e contraditórias e não necessariamente processos complementares. Busco descolar essas contradições para entender vida e morte como processos em constante construção e mutuamente interligados.

Como pensar e como escrever sobre trajetórias de vida que buscam ou buscaram a morte de si? O que essas pessoas têm a dizer sobre suas tentativas de morte? Que vidas são estas que em determinados momentos, morrer se apresenta como uma solução para o viver? Queriam mesmo morrer? Será que não estavam apenas sofrendo e queriam aniquilar o sofrimento em vez da vida? Por que sofriam? Que sofrimento é este que arranca as esperanças de tudo de bom que se poderia viver? Onde dói? Estavam doentes? Estavam Loucos(as)? Estavam cientes? Quem é que pode viver? Alguns corpos podem, de fato, viver? Podem ser? Podem existir? Podem ser quem são? Se não é possível ser quem se é, faz sentido viver? Quem pode viver? Quem pode morrer? Quem será lembrado? Vale a pena viver? Vale a pena morrer? Quem pode dizer? E por fim, eu posso ajudar?

Durante o processo, uma dúvida me consumia: e se ouvir tudo isso me fizer sofrer? Encarar essa temática tem sido um processo árduo, precisei construir um projeto de pesquisa paralelo que funcionasse como uma espécie de carta na manga, caso abandonar a temática fosse uma necessidade. Não é fácil estar imerso em uma literatura sobre um assunto tão sensível como o da morte de si. É impossível não se afetar com os relatos, com os bilhetes, as cartas e com as reflexões despertadas no processo de revisão bibliográfica e de escuta.

Imagino que o leitor, também se afetará com as histórias e teorias que porventura aqui encontrar. Quais afetos serão produzidos nesse contato? Só posso esperar que, ainda que dolorosas, tais afetações ajudem-nos a compreender o sofrimento dos que buscaram a morte de si.

Ao escrever, tenho como norte o respeito por todas as histórias de pessoas que nos deixaram, sem julgamentos. Adentrar na história de uma vida, requer zelo, mesmo quando essa vida já se foi. Ao pensar em história de vidas, buscamos não reduzir a pessoa e toda a sua história a um ato único do suicídio, muitas vezes entendido como crime, pecado e doença. Nesse sentido, preferi não utilizar a palavra suicida para descrever tais subjetividades, visto que esta categoria encerra em si mesma, toda uma vida, em um único ato.

Seria essa escrita sobre suicídio, ou sobre assassinatos? Essa pergunta se faz plausível a partir do entendimento de que a morte não é apenas biológica, ela também é social, econômica, histórica e política. Afeta mais uns que outros, e pode ser gerida como política de estado. Há muitas formas de matar uma pessoa como bem elaborou o dramaturgo Bertold Brecht, tirando o pão, condenando a miséria, não tratando sua doença, condenando a miséria, enviando para guerra ou impelindo ao suicídio. É evidente que o Estado pode estimular o suicídio por vias oficiais, mas também por meios indiretos, principalmente ao negar o direito de existência a uma parcela de sua população. Nesse sentido, talvez estejamos falando de pessoas suicidadas, de necrosuicídios.

“Não vão nos matar agora porque ainda estamos aqui. Com nossas mortas amontoadas, clamando por justiça, em becos infinitos, por todos os lugares. Nós estamos aqui e elas estão conosco, ouvindo essa conversa e nutrindo o apocalipse do mundo de quem nos mata” (Mombaça, 2021, pp.13-14). Para além de todas essas perguntas que anseiam por respostas, os encontros e encruzilhadas da vida me colocaram diante de situações em que o suicídio se fazia presente não enquanto literatura, mas enquanto realidade. A temática da morte, e da morte de si, frequentemente causa um mal-estar porque cada um de nós tem uma história com o suicídio, seja pessoal, seja de alguém próximo.

Considero importante destacar que durante meu processo de formação como psicólogo, quase nada foi ensinado sobre suicídio, quiçá, sobre suicídio de pessoas invisibilizadas. Estamos falando de um grave problema de saúde pública, que não foi abordado minimamente em uma formação na área de saúde. Esse vácuo foi sentido principalmente quando comecei a atender voluntariamente em um curso pré-vestibular, chamado Transenem, uma iniciativa autônoma de pessoas trans, focada em incluir pessoas trans na universidade. A iniciativa oferecia aulas pré-vestibular, e acompanhamento psicológico. Foi ali que tive minhas primeiras experiências de atendimento, não mais como estagiário, mas sim como profissional, no atendimento psicoterápico voltado a pessoas trans.

O setting terapêutico era uma salinha de depósito em uma escola que cedia o espaço no período noturno para o Transenem. Cheia de caixas e trambiques, tínhamos uma mesa redonda, e duas cadeiras para fazer os atendimentos. Eu sempre levava uma garrafa térmica com água quente, alguns sachês de chá, café solúvel ou capuccino, para deixar o ambiente um pouco mais acolhedor. Nesse espaço, tive a oportunidade de acompanhar histórias de vida que me marcaram profundamente.

O que me motivava a estar ali, era sobretudo, os resultados do processo terapêutico na vida de cada um.

Para além dos pontos positivos em poder fazer parte do processo de promoção de saúde na vida daquelas pessoas, havia também espanto, insegurança e medo ao perceber que grande parte dos relatos em atendimentos psicoterápicos traziam demandas relativas ao suicídio. Nesse ponto, me sentia completamente despreparado para manejar os atendimentos, o que me motivou a buscar conhecer e estudar sobre suicídio para dar conta dessa demanda que aparecia, não apenas no espaço do atendimento voluntário, mas sobretudo na clínica com pessoas LGBTQ+ de forma geral.

Ao estudar sobre o fenômeno do suicídio ligado a pessoas sexo-gênero diversas, percebi que esta temática não era invisibilizada ou inexistente apenas nos currículos universitários, como também não era abordada na literatura científica nacional. Ainda que a literatura (internacional) aponte um risco extremamente maior de suicídio para pessoas sexo-gênero diversas, são raras as produções científicas que se debruçam sobre este problema no Brasil. Ao entrar em contato por email com a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio em 2022 para saber o que tinham de material a respeito do suicídio de pessoas LGBTQIA+, o único material que dispunham era uma webnário no site Youtube que abordava a temática.<sup>1</sup>

A partir dessa ausência, busquei na especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial, amparo para produzir conhecimento a este respeito. Com orientação da profa. Dra. Cláudia Lins Cardoso, produzimos uma monografia intitulada “Suicídio, gênero e sexualidades: uma leitura gestáltica sobre o suicídio da população LGBTI+ (Rodrigues & Cardoso, 2021). Posteriormente, no mestrado em Psicologia, na área de Psicologia Social com orientação do prof. Dr. Marco Aurélio Máximo Prado, busco desenvolver essa dissertação para pensar o suicídio da população trans a partir da Psicologia Social, considerando que os conflitos psíquicos podem ser entendidos como expressões subjetivas em uma articulação com os conflitos sociais.

Parto do entendimento de que o sofrimento é ético-político, localizando o suicídio em um campo político de disputas, que se dão inclusive na produção do conhecimento. Sofrimento ético-político pode ser entendido como a expressão da impossibilidade do outro ser e existir em decorrência de sua classe social, raça, identidade de gênero, orientação sexual etc. (Sawaia, 2017; Araújo, 2021). Nesse sentido, busco ampliar o entendimento do sofrimento para além do patológico e compreendê-lo a partir das dinâmicas de poder que se estabelecem na não-conformidade a certas normas e ideais. Busco aqui, ampliar a compreensão do suicídio como categoria médica para pensá-lo também como categoria política com efeitos performativos.

---

<sup>1</sup> Webnário: Estratégias de prevenção ao suicídio na população LGBTQIA+ no canal Telessaúde Acre. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=waK83xyTDGM&ab\\_channel=Telessa%C3%BAdeAcre](https://www.youtube.com/watch?v=waK83xyTDGM&ab_channel=Telessa%C3%BAdeAcre)

No primeiro capítulo: “Suicídio para além da dimensão individual” abordo como a suicidologia crítica busca romper com o paradigma individualista, conceituando o suicídio como um problema também político.

No segundo capítulo: “Percurso Metodológicos” descrevo sobre o processo de produção dessa pesquisa em suas diferentes etapas. Aqui, refletimos sobre o uso da metodologia de História de Vida e também sobre o uso do método da Cena em Rancière.

O capítulo três: “Montando a cena polêmica” traz a história de vida dos jovens entrevistados, destacando os processos de morrência e de sobrevivência deles. A análise das entrevistas é feita a partir da Suicidologia Crítica.

O capítulo quatro: “Suicídio e Política” reflete sobre os regimes de verdade que possibilitam pensar o suicídio a partir de determinados enquadramentos. Para isso, analisamos as formas pelas quais os manuais médicos colaram transexualidade e suicídio desde o surgimento da categoria médica transexualidade. O capítulo enfatiza as formas pelas quais determinados discursos sobre suicídio produzem uma repatologização da transexualidade.

Por último, mas não menos importante, que esta dissertação e as histórias de vida dos sobreviventes aqui contadas, nos ajudem a sonhar e a gestar muito mais que sobrevivências, pois o “sonho fecunda a vida, e vinga a morte.” (Conceição Evaristo, citada por Jota Mombança, 2021, p.13).

## Justificativa

O suicídio é definido como o ato intencional de pôr fim a própria vida (Bertolote, 2012). Na literatura da Suicidologia, costuma-se usar o termo comportamento suicida ou suicidalidade, para designar um *continuum* que abarca desde a ideação, caracterizada pelos pensamentos e o planejamento da morte de si, às tentativas de autoaniquilação e, por fim, o ato do suicídio consumado. Botega (2015) aponta que o suicídio é um fenômeno multicausal e multifatorial que não pode ser reduzido a uma única causa, pois é determinado por um conjunto de fatores de diferentes naturezas, assim, a análise das causas e motivações envolve fatores internos e externos ao sujeito, tais como aspectos sociais, biológicos, psicológicos, econômicos, culturais e religiosos.

No Brasil, o suicídio é considerado um grande problema de saúde pública que afeta pessoas de todas as idades, em especial, os jovens. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, o suicídio é considerado a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (OMS, 2021). Além da especificidade etária, categorias sociais como a raça/etnia, classe, gênero e sexualidade, também precisam ser consideradas na análise do fenômeno, pois cada uma destas categorias tem fatores de risco específicos para o suicídio (Botega, 2015). A categoria de gênero e sexualidade, por exemplo, apresenta vulnerabilidades específicas pois, conforme demonstram pesquisas na área da suicidologia (Haas et al., 2010; Plöderl et al., 2014), as taxas de ideação, tentativas e de autoextermínio são muito maiores na população LGBT em comparação aos seus pares cis/heterossexuais.

Teixeira-Filho & Rondini (2012) a partir das pesquisas de Remafedi (1994) e Savin-Williams (1996), destacam que nos Estados Unidos jovens gays e lésbicas representam um terço de todos os suicídios juvenis, uma taxa exorbitante visto que estes jovens constituem no máximo 5 ou 6% da população geral. Em outra pesquisa realizada nos EUA com mais de 30 mil participantes, Hatzenbuehler (2011) constatou que a propensão ao suicídio entre jovens não-heterossexuais chegava a 20% enquanto entre jovens heterossexuais chegava a 4%. Além disso, o autor também evidenciou o aumento de 20% no risco de tentativa de suicídios nos ambientes em que não havia suporte emocional à orientação sexual desses jovens.

Dentro do grupo das dissidências sexuais e de gênero, constatamos que a população transgênero é ainda mais afetada pelo problema, conforme demonstra uma revisão sistemática (Wolford-Clevenger et al., 2018) na qual foram revisados trabalhos científicos que compreendem o período de janeiro de 1991 a julho de 2017, relativos a ideação suicida, tentativas e mortes entre pessoas trans. Em outro estudo de revisão de literatura sobre ideação e tentativas de suicídio nessa população, revelou-se taxas de 77% de ideação suicida e 43% de tentativa de suicídio em pessoas

transgênero, em comparação, as taxas na população cisgênera no mesmo período que correspondem a 0,5% e 3,7%, respectivamente (Adams et al., 2017).

Com relação a população trans jovem, um estudo canadense (Kingsbury et al., 2022) com 6.800 adolescentes de 15 a 17 anos, corroborou com os demais achados que apontam que adolescentes transgênero e não-conformes, tem risco muito maior de ideação suicida e de tentativas que seus pares cisgêneros. O estudo também aponta a importância do bullying e do cyberbullying no aumento do risco para essa população.

No cenário brasileiro, há uma escassez de estudos que versem sobre o fenômeno do suicídio na população sexo-gênero diversa, sobretudo no que diz respeito a população trans. Apesar de escassos, os dados são alarmantes, conforme aponta o relatório “Transexualidades e Saúde Pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans/transmasculinos”, realizado pelo Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (nuh) e pelo Departamento de Antropologia e Arqueologia da UFMG, onde 85,7% dos homens transgêneros/transmasculinos que participaram da pesquisa já pensaram em suicídio e/ou tentaram cometer o ato (Souza et al., 2015).

Já a pesquisa de Bezerra et al. (2018) intitulada “Os Homens Trans no Brasil: as políticas públicas e a luta pela afirmação de suas identidades”, traz dados importantes e alarmantes sobre a população de homens trans brasileiros. A pesquisa contou com 242 pessoas de todas as regiões do Brasil e revelou que 66,4% dos homens trans entrevistados afirmaram já ter pensado em suicídio e 41,5% já atentaram ao menos uma vez contra a própria vida, número bastante superior ao da população geral que é de 3% (Bezerra et al., 2018).

A pesquisa de Pinto et al. (2020) que identifica o perfil das notificações de violências em pessoas LGBT+ registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no período de 2015 a 2017, também traz dados importantes para pensar os processos de autolesão e de suicídio em jovens sexo-gênero diversos. As lesões autoprovocadas representaram um total de 29,9% das notificações entre adolescentes de 15 a 19 anos, 24,8% entre adultos, 18,4% no grupo etário de 10 a 14 anos e 12,1% entre idosos. Entre as 6.043 notificações de lesões autoprovocadas, 29% foram de tentativas de suicídio, que se concentraram nos adolescentes de 15 a 19 anos (22,7%) e nos adultos 20 a 59 anos (71%).

Baére (2018) aponta para a importância do ambiente social na produção do adoecimento que pode levar ao suicídio, ao considerar que “é preciso ter em vista que o comportamento suicida, mesmo sendo um ato auto infligido, não está desassociado dos contextos adoecedores que fragilizam os indivíduos psiquicamente” (p.127). Nesse sentido, podemos nos questionar a respeito do contexto no qual está inserida a população transgênero no Brasil.

O Brasil é um dos países com maior índice de violência notificado contra pessoas LGBTs no mundo todo e lidera o ranking de assassinatos de pessoas transgênero, registrando mais que o triplo de assassinatos que o segundo colocado, o México. Segundo o “Dossiê dos Assassinatos e da violência contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2020” realizado pela Associação Nacional de Transexuais e Travestis (Antra) e pelo Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE), em 2020 houve um aumento de 49% nos assassinatos de pessoas trans com relação ao ano de 2019 (ANTRA & IBTE 2021).

A respeito de dados governamentais, em 2012, pela primeira vez no Brasil, foram divulgados dados oficiais sobre as violações de Direitos Humanos da população LGBT, reportadas ao Poder Público Federal por meio do Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil, Ano de 2011. Neste sentido, temos um documento oficial que aponta a violência contra pessoas sexo-gênero diversas, antes mesmo da criminalização da homofobia no país. Os resultados apontaram que travestis e transexuais seguem sendo as maiores vítimas de violência homofóbica e das violências de maior gravidade, como homicídios e lesões corporais

Conforme aponta Prado e Junqueira (2011), as pessoas trans estão expostas as experiências do estigma e da discriminação sistemática, chacotas, humilhações, e contínuos processos de segregação que, por sua vez, criam uma rede de exclusão. Essa rede de exclusão estrutural se fortalece na ausência de ações institucionais de enfrentamento dessas violências, bem como de políticas públicas que de fato forneçam direitos humanos básicos, como acesso aos estudos, profissionalização e à saúde. Ainda assim, há um ínfimo investimento governamental na prevenção das mortes por violência e por suicídio da população sexo-gênero diversa, mesmo quando a literatura científica aponta para os altos índices nesse grupo (Baére, 2019). Esse silenciamento e descaso por parte dos órgãos governamentais, compõem o quadro de violências que sequer são reconhecidas enquanto tal. Mais do que um silenciamento perante essas mortes, evidencia-se a produção de condições para que o suicídio aconteça, visto que para grande parte dessa população, é negado o direito à vida antes mesmo que possam tirá-la (idem).

## Capítulo 1- Suicídio para além da dimensão individual

Shneidman, psicólogo americano considerado o pai da Suicidologia, aponta que a palavra-chave no suicídio não é morte, mas dor psíquica, o que levou o autor a cunhar o neologismo *psychache*, para se referir ao estado psíquico de alguém prestes a se matar. A *psychache* pode ser entendida como uma dor psíquica intolerável que exige o alívio e a interrupção da consciência dessa dor. Essa dor insuportável é acompanhada de uma turbulência emocional, e de uma sensação angustiante de não haver saída. É nesse sentido que a morte de si é também compreendida como um ato de desespero e de esperança, pois projeta-se na morte a solução dos problemas (Fukumitsu & Scavacini, 2013). Mais do que uma dor psíquica, podemos conceber a *psychache* como uma dor existencial que afeta todas as dimensões da vida do sujeito. Consonante com essa perspectiva, buscamos ampliar o entendimento do autoextermínio para além do prisma da individualidade.

Hoje, o suicídio é constantemente definido como um grave problema de saúde pública (OMS, 2021), sendo uma das três causas de morte mais frequentes no mundo todo, visto que cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos. Esses números mostram a amplitude do fenômeno, mas não dizem muito sobre as pessoas que morrem. Nesse sentido, **é preciso dar um rosto para as estatísticas**. As perguntas sobre as características sociais e culturais expressas nesses números, são centrais para compreender como se produz socialmente a noção de suicida (Marsh, 2016).

Muito mais do que uma decisão individual, o suicídio pode revelar um horizonte de sentidos que dizem respeito a determinado contexto sócio-histórico. O autoextermínio, pode ser compreendido em diferentes culturas de formas distintas da que relacionamos tradicionalmente em nossa sociedade atual, atribuindo uma função de um sofrimento psíquico, ou mesmo de um transtorno mental. Como exemplo, podemos citar o seppuku japonês, que se relaciona com a honra e cumprimento de deveres; o autoextermínio nas comunidades indígenas tais quais a Guarani-kaiowá, muitas vezes relacionados ao reassentamento e realocação de terras; o suicídio da população negra em contextos escravagistas, relacionados a perda da liberdade; os suicídios políticos com os chamados “kamikazes” e o suicídio assistido por profissionais da saúde (Boccardi, 2021). Cada tempo produz, a partir das relações de poder-saber, o enquadramento teórico que visa explicar o comportamento daqueles que tiram sua própria vida.

Mais que denunciar que a vida não vale a pena ser vivida, a morte por suicídio também denuncia que o mundo e os outros, de alguma maneira também não valem (Silva 2020b). Segundo a autora, quando alguém decide antecipar sua morte através do suicídio, essa morte também se refere a nós, a toda gente, visto que somos lançados a esse mundo e construímo-nos sempre com o outro.

Assim, cabe questionar quais horizontes de sentido se constituem no mundo contemporâneo para que a experiência de morrer, faça mais sentido do que a de viver.

Por ser um ato carregado de individualidade, a morte voluntária foi entendida durante séculos enquanto um ato que guardava no interior da pessoa, todos os fatores envolvidos na causalidade do óbito (Silva, 2017). Apenas a partir do século XIX, com os estudos de Émile Durkheim, rompe-se com essa lógica centralizada no indivíduo, apontando para a necessidade de analisar o fenômeno a partir da sua relação com a coletividade pois, para o autor, as causas que levavam ao suicídio seriam, primeiramente, de natureza social e estariam profundamente ligadas à moralidade e ao contexto social da qual o indivíduo faz parte.

Em sua obra, “O Suicídio” o autor objetivou demonstrar que um ato deveras individual como a morte de si, tem explícitas raízes sociais e, para isso, desenvolveu uma tese de que cada sociedade tem em cada momento da sua história, uma aptidão definida para o suicídio, chegando a elaborar uma tipologia do suicídio, categorizados em suicídios egoístas (decorrentes da individualização exacerbada e da perda de laços coletivos); altruístas (caracterizados por excesso de subordinação e lealdade às estruturas sociais segundo honra e heroísmo) e anômicos (associados a crises sociais generalizadas e baixa regulação). A obra Durkheimiana foi de fundamental importância na promoção dos deslocamentos necessários para a ampliação dos modelos teóricos explicativos do suicídio, inaugurando a inclusão dos determinantes sociais de saúde na análise do fenômeno.

Não deve surpreender que o suicídio – outrora crime, pois era um modo de usurpar o direito de morte que somente os soberanos, o daqui debaixo ou do além, tinham o direito de exercer – tenha se tornado, no decorrer do século XIX, uma das primeiras condutas que entraram no campo da análise sociológica; ele fazia aparecer nas fronteiras e nos interstícios do poder exercido sobre a vida, o direito individual e privado de morrer. Essa obstinação de morrer, tão estranha e contudo tão regular, tão constante em suas manifestações, portanto tão pouco explicável pelas particularidades ou acidentes individuais, foi uma das primeiras surpresas de uma sociedade em que o poder político acabava de assumir a tarefa de gerir a vida (Foucault, 2012, p.51).

Contemporaneamente, a dimensão psicológica e psiquiátrica do suicídio assume grande primazia na explicação do fenômeno, na medida em que o autoextermínio vai sendo representado, cada vez mais, como efeito de uma condição psicopatológica. Algumas pesquisas afirmam que 98% das pessoas que tiram a própria vida apresentam doenças psiquiátricas (Bertolote & Fleischmann, 2004), em outras palavras, praticamente todas as mortes autoprovocadas são decorrentes de uma

mesma classe de fatores desencadeantes ou predisponentes, mesmo sendo o suicídio constantemente definido como fenômeno multicausal.

Um bom exemplo de como a categoria suicídio e a patologia são facilmente correlacionados pode ser obtido através de um estudo de Harvard (Hendim, 1995) que entregou casos editados de morte por suicídio a médicos, para que estes pudessem fazer um diagnóstico. No estudo, quando os médicos não souberam que os indivíduos tinham consumado o suicídio, eles identificaram algum tipo de transtorno mental em 22% do grupo. O índice subiu para 90% quando o suicídio era explicitamente incluído na causa de morte do paciente (Solomon, 2018 apud Lima, 2020).

A associação entre suicídio e patologia demonstra um reducionismo do debate, ao mesmo tempo que resgata uma história que caracteriza como doentes, loucos, desequilibrados, desesperados, perversos e fracos todos aqueles que ousam romper com determinados imperativos sociais (Lopes, 2012). Sem negar as contribuições da perspectiva individualista, busco pensar o suicídio para além da dimensão estritamente patológica e epidemiológica e compreender como este fenômeno é significado em um determinado contexto. Parto do entendimento de que o suicídio é produzido no campo e pelo campo, ou seja, nas relações entre o sujeito e o meio social.

As taxas de suicídio normalmente são especificadas por faixa etária, raça e gênero (Bahls & Botega, 2007), o que possibilita a produção de diversas pesquisas sobre suicídios com populações específicas, como indígenas, quilombolas, migrantes, mulheres etc. Entretanto as pesquisas sobre suicídio da população sexo-gênero diversa no Brasil enfrentam dificuldades para sua realização, em especial pela ausência das categorias “orientação sexual” e “identidade de gênero” nos obituários e nos registros do Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS, além de não estarem registrados, também, nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde. A falta destes dados nos registros nacionais não somente inviabiliza o levantamento de informações sobre morte por violência e por suicídio dessa população no Brasil, como impossibilita a construção de políticas públicas de prevenção. Ao mesmo tempo, vemos impedida a construção de memória e de reconhecimento desses corpos, em um processo de apagamento e invisibilização que perpassa a vida muito antes da morte, seja por violência ou por suicídio.

A invisibilidade a que são relegadas em vida, também as acompanha nos processos de morte, visto que suas mortes não são consideradas importantes ou dignas o suficiente para serem oficialmente contabilizadas por órgãos públicos que coletam e divulgam dados populacionais, cabendo, portanto, à própria população contar seus mortos. Não é por outro motivo que, impulsionados pela inoperância dos órgãos públicos na construção de mecanismos capazes de receber e visibilizar tais mortes, os movimentos sociais historicamente produziram formas de evidenciar tais estatísticas apostando na prática de levantamento midiático (notícias de jornais e revistas,

reportagens, dentre outros) relacionado à violência contra a população de LGBT+ em todo o território nacional.

Além da ausência de dados nacionais, nota-se uma certa insuficiência das teorias gerais sobre suicídio quando pensamos populações específicas. A ideia de fatores de risco e de fatores de proteção, por exemplo, ganha outros contornos quando pensamos a população trans, revelando singularidades que escapam das teorias generalistas. Por isso, é de suma importância que este fenômeno seja analisado a partir de uma perspectiva psicossocial e política, que leve em consideração os processos de subjetivação a partir do contexto social no qual a pessoa está inserida. Conforme pontuado, o suicídio é um fenômeno multifatorial, que aponta para um entrecruzamento de saberes sobre a vida, a morte, as sexualidades e identidades que excedem a individualidade, revelando implicações sociais, políticas, históricas e culturais (Orozco Villa, 2021).

### **Despatologizando o suicídio**

A obra *“Critical Suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century”* pode ser considerada um marco para o campo teórico dos estudos críticos sobre suicídio. Os autores buscam problematizar um modo de análise predominante positivista a respeito do autoextermínio, construindo outras possibilidades de compreensão e prevenção do fenômeno, mais políticas e contextualizadas. Tal obra faz uma abrangente denúncia a respeito das discursividades hegemônicas sobre o suicídio fundamentadas no saber biomédico patologizante, que circunscreve o campo do suicídio exclusivamente ao campo da doença mental. A própria definição de suicídio como “ato deliberado de tirar a própria vida” já estabelece o mesmo como algo individual em sua natureza Jaworski (2010).

Tal circunscrição, enquanto patologia ou sintoma de uma patologia, delimita quem tem autoridade para falar sobre o fenômeno, a saber, médicos e profissionais da saúde, que buscam no interior do sujeito as causas do comportamento suicida. Como efeito, o sujeito suicida não pode ser visto como um sujeito racional, senão como um sujeito doente, sem condições de tomar decisões por si (Boccardi, 2019). De tal modo, vai se consolidando a causa do comportamento suicida no interior do indivíduo, ao passo que este vai sendo desresponsabilizado, pois seu comportamento deve-se sobretudo a loucura. “É a doença, como outro-da-razão, quem decide pela morte. E se o sujeito não é, ele próprio, capaz de tomar decisões racionais, passa a ser plausível que um agente externo (o

médico) seja autorizado a fazer de tudo para impedir a consumação do ato suicida” (Boccardi, 2021, p.66)<sup>2</sup>.

Como vemos ao longo da história, o suicídio na Europa foi predominantemente tratado como pecado e como crime. É com a emergência da Psiquiatria no final do século XVIII e dos manicômios, que os pacientes suicidas passam a se formar em uma lógica distinta. A publicação do verbete Suicídio, escrito por Esquirol em 1821 para o *Dictionnaire des Sciences Médicales*, é descrita por Marsh (2010) como um dos momentos inaugurais do suicídio no campo da medicina. O verbete “Suicídio (patologia interna) utiliza as categorias de “interno” e “patológico” para categorizar o suicídio como uma doença ou sintoma de uma doença incumbindo aos médicos a autoridade para o tratamento (Boccardi, 2021). Anteriormente, representado a partir de leis jurídicas e religiosas, o suicídio passa a ser compreendido por um vocabulário médico, e a responsabilidade pelo cuidado e a gestão do suicida é reivindicada pelos médicos alienistas (Hacking, 1990; Marsh, 2010; citado por Boccardi, 2021).

A partir do enquadramento do suicídio ao campo da medicina, mais especificamente da loucura, Marsh (2010) destaca três modelos explicativos que buscavam na interioridade dos sujeitos a causa para o autoextermínio. O primeiro se baseava na ideia do suicídio como efeito de uma disfunção anátomofuncional, hipótese descredibilizada frente as infrutíferas tentativas de localizar tais disfunções. A segunda hipótese buscava relacionar o suicídio a um impulso que desloca o indivíduo de sua racionalidade, dominando-o. O terceiro modelo explicativo, parte da teoria da degeneração, sinal de uma fraqueza estruturante do indivíduo que provém da sua hereditariedade, da sua família, e da sua raça (Boccardi, 2021). Estes modelos explicativos são a base para algumas das fundamentações da suicidologia, a saber: 1) O suicídio é patológico; 2) Suicidologia é uma ciência (positivista); 3) O suicídio é um ato individual. Estas suposições fundam o próprio campo da suicidologia, todavia, é no campo da suicidologia crítica que elas são problematizadas.

Os estudos no campo da suicidologia crítica ressaltam a insuficiência de estudos puramente quantitativos para a compreensão do fenômeno do suicídio (Hjelmeland, 2016, Cover, 2016), postulando a necessidade de uma análise qualitativa crítica destes dados para uma ampliação não

---

<sup>2</sup> Em decorrência da compreensão da tentativa de suicídio como um ato impregnado de intencionalidade resultante de uma escolha racional, muitos pacientes são categorizados como aqueles que não precisam de cuidado. Como demonstra o estudo de Aline Albuquerque et al. (2019), para estes pacientes que “escolheram” morrer, muitas vezes é designado um tratamento hostil e humilhante que é legitimado por um discurso supostamente terapêutico de “correção”, a exemplo da declaração de um profissional entrevistado que, mesmo sem necessidade, prescreveu e administrou uma lavagem gástrica para o “paciente aprender o que é bom!”. Preterimento nos atendimentos, prescrições médicas infundadas, isolamento, monitoração constante e restrição de acesso a analgesia, são descritos por Albuquerque et al. (2019) como frequentes nos atendimentos a pacientes suicidas. A autora também relata o constante uso de expressões como “você não queria morrer? agora aguenta a dor!”, “da próxima vez pula do décimo andar. Pular do quarto não mata.”; “você cortou seus pulsos errado, dá próxima deve cortar assim”; “toma a caixa toda de remédios e morre logo para não dar trabalho”; “você não quer morrer, quer chamar a atenção”; “da próxima vez faz direito” (p.32).

somente explicativa, mas também compreensiva do fenômeno. Não se trata de ignorar os resultados de tais pesquisas, mas sim, de compreendê-las a partir de uma perspectiva discursiva, que leve em consideração a situacionalidade de tal conhecimento.

O enquadramento teórico a partir do qual abordamos o suicídio produz efeitos materiais em diversos níveis, impactando nas construções de políticas públicas de prevenção, na formulação e financiamento de pesquisas, nos prontuários médicos, nos documentos policiais, no acolhimento dos serviços de saúde, e até mesmo na forma como as pessoas se representam e se compreendem. Nesse sentido, Marsh (2016) advoga que o conhecimento contemporâneo produzido sob o suicídio se fundamenta a partir de um regime discursivo biomédico, que produz e orienta não somente as práticas de prevenção, mas também processos de subjetivação, como pode ser observado a partir da categoria “paciente suicida”. Essa categoria mobiliza uma rede de ações em níveis institucionais e relacionais. O que buscamos evidenciar é que muito mais do que uma categoria puramente diagnóstica, pretensamente neutra e universal, tais enquadramentos possuem efeitos performativos que produzem toda uma rede de sujeitos, práticas e dispositivos.

Os métodos de investigação dos casos de suicídio revelam as formas pelas quais suicídio vai se tornando sinônimo de patologia. A autópsia psicológica é considerada uma metodologia padrão ouro, sendo apresentado como o principal método de explicação das circunstâncias psicológicas do suicídio (Hjelmeland, 2016). Como veremos, tal metodologia reitera uma das afirmativas mais presentes nas pesquisas sobre suicídio, a de que todas as pessoas que se suicidam sofrem de um ou mais transtornos mentais.

### **Autópsia Psicológica e a ontologia do suicídio**

A autópsia psicológica objetiva colher informações sobre as circunstâncias do óbito de uma pessoa, para apontar se tal morte ocorreu por causa natural, acidental, por homicídio ou suicídio. É uma investigação sobre os nexos causais entre o estado psicológico da pessoa falecida e sua morte. Configura-se assim, como uma ferramenta essencial na determinação da intencionalidade para o suicídio. Para conseguir categorizar tal óbito, a metodologia busca através de terceiros - amigos, familiares, pessoas próximas - diagnosticar os transtornos mentais presentes nos sujeitos que tiraram sua vida, objetivando descrever seu estado psicológico no momento anterior à sua morte.

A relação causal estabelecida (e pouco questionada) entre transtornos mentais e mortes por suicídio é impressionante. Podemos retomar os dados da pesquisa de Bertolote & Fleischmann (2004) para pensar sobre essa causalidade, cujos achados demonstraram que 98% das pessoas que tiram a própria vida apresentam doenças psiquiátricas. O que chama atenção nos dados é que praticamente, todas as mortes por suicídio teriam um mesmo fator desencadeante atuando de fundo. Segundo os

autores, no entanto, nem sempre o diagnóstico é feito com o paciente ainda vivo, sendo a autópsia psicológica o método de diagnóstico dos transtornos.

Quão problemático é a atribuição de um diagnóstico psiquiátrico que leve em consideração não o sujeito em si, mas as representações que outros faziam deste? Cabe questionar quais critérios de validade e legitimidade podem ser atribuídos a diagnósticos realizados retroativamente, a partir de informações dadas por terceiros (Hjelmeland, 2016). Muitas perguntas feitas a partir dessa metodologia, só poderiam ser respondidas de maneira confiável pelo próprio sujeito. Para além disso, nas autópsias psicológicas o suicídio é reduzido ao campo do transtorno mental.

A associação entre suicídio e patologia demonstra um reducionismo do debate, ao mesmo tempo que resgata uma história que caracteriza como doentes, loucos, desequilibrados, desesperados, perversos e fracoss todos aqueles que ousam romper com determinados imperativos sociais (Lopes, 2012). Marsh (2016) chama de ontologia compulsória da patologia, a constituição do suicídio como doença mental e questiona a falta de resultados empíricos convincentes de uma ligação entre patologia subjacente (física ou mental) e atos suicidas (Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek e Leenaars, 2012).

Ao longo do século XX, com a ampliação da Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise, surgiram diferentes propostas de tratamento para a problemática do suicídio. Para Boccardi (2021), a Psicanálise não representou uma compreensão menos individualista do suicídio, pelo contrário, reforçou a noção de um conflito de forças pulsionais que não obedecem às regras da razão (pulsão de vida versus pulsão de morte). Já para Foucault (1988) enquanto a Psiquiatria clássica condenava o suicida e os loucos ao mutismo, ao silenciamento e a inexistência, desconsiderando-os como sujeitos produtores de conhecimento sobre eles mesmos, a psicanálise restaurou a possibilidade da narrativa da experiência pessoal. De toda forma, a construção do discurso sobre o suicídio em termos médicos, ou seja, como doença, se consolidou como discurso hegemônico (Boccardi, 2021). Quando se comunica uma ideação suicida, prontamente se fazem os diagnósticos, em uma relação que estabelece o suicídio enquanto doença, e o sujeito suicida enquanto paciente.

Ainda que historicamente o suicídio tenha se configurado como efeito de uma multiplicidade discursiva, a construção do mesmo pela medicina desde o século XVI na Europa, chancelou o referencial teórico que guiou os estudos sobre suicídio nos séculos seguintes, ao definir que o ato suicida deveria ser compreendido a partir da dualidade razão e desrazão, esta última transformando-se em loucura e em doença. Ao problematizar o suicídio a partir dos transtornos mentais, cria-se a categoria paciente suicida ao mesmo tempo em que são delimitados o campo e os sujeitos autorizados a tratá-los, visto que “ao incidir sobre os corpos, (a medicina) buscou e encontrou a maioria das causas, e mesmo da “sede” do suicídio no corpo humano, em seus órgãos, em sua economia, em seus desarranjos, imperfeições e anormalidades” (Lopes, 2008, pg. 165, grifos meus).

Desse modo, é importante questionar se a autópsia psicológica constrói um referencial psicológico, buscando compreendendo o que tem de psicológico em uma metodologia que segue o modelo biomédico na busca pela identificação de patologias, reproduzindo de forma acrítica, práticas do campo psiquiátrico. É urgente elaborar uma abordagem complementar às perspectivas que constroem o suicídio como uma experiência individual e circunscrita a vida privada do sujeito. Para delinear uma suicidologia crítica que avance na compreensão do fenômeno do suicídio, Araújo (2022) postula a necessidade de entendê-lo como fenômeno histórico produzido socialmente, levando em consideração o entendimento ético-político do sofrimento humano e da relação dialética entre indivíduo e sociedade. Além disso, é necessária uma epidemiologia crítica que tenha como principal categoria de análise a determinação social da saúde (Araújo, 2022; Breilh, 2013). Por fim, uma suicidologia crítica precisa considerar o discurso daqueles que lidam com o suicídio como dados científicos tão importantes quanto são as teorias usadas para analisar tal discurso.

No nos ven como productoras de ideas en el arte, en la ciencia, en todos los espacios del saber”, Berkins 2007: 5). La falta de reconocimiento de las personas trans\* como productoras de conocimiento y agentes de cambio se identifica como una consecuencia la patologización de las expresiones e identidades trans\* (GATE 2015b). Most of us face one of the most enduring and negative consequences of trans pathologization: we are very rarely recognized as true knowledge-makers, and given formal opportunities to be agents of those changes we all want to see in the world. (GATE 2015b: s.p.) (Suess, 2015, p.701).

Pensar a categoria da determinação social em saúde como fator fundamental na análise do suicídio é, de certa forma, romper com a leitura sobre multifatorialidade que se faz na suicidologia tradicional e que entende o suicídio como uma “espécie de somatória de fatores ou variáveis de distintas naturezas – biológica, psicológica, social, cultural etc. – que podem ser analisados de forma isolada, descontextualizada e sob a mesma medida de relevância” (Araújo, 2022, p.79). A proposição, portanto, é a de que a violência estrutural do capitalismo, racismo, cisheterossexismo, não podem ser entendidas como apenas mais alguns fatores dentre tantos outros para o comportamento suicida, mas a base, para as outras determinações. A estrutura social, nesse sentido, não é apenas um fator externo e dispensável, pelo contrário, é o fundamento a partir do qual se estruturam os outros fatores, premissa indispensável para a compreensão de determinação social da saúde em Suicidologia (Araújo, 2022).

a violência estrutural da heterocisnormatividade não é simplesmente mais “um fator” para o suicídio da população LGBTQIA+ - ao lado de outros fatores como o biológico,

o psicológico, o familiar etc.-, mas justamente a determinação responsável por esses demais fatores, dando-lhes a sua condição de realização (Araújo, 2022, p.80).

Cabe ressaltar que a Psicologia Social se torna uma aliada fundamental para pensar uma suicidologia crítica ao ampliar o entendimento dos conceitos de saúde, sofrimento e doença, rompendo assim com as leituras essencializantes da suicidologia tradicional. Por fim, reitero a necessidade de uma suicidologia crítica e por que não, uma suicidologia transviada, que não seja pretensamente neutra, apolítica e universal e que de conta de romper com pressupostos fundantes que historicamente violentaram os corpos que não se enquadram na norma, como veremos adiante.

### **Quais vidas são prevenidas?**

“Os vivos morrem logo  
são os mortos que morrem devagar”  
(Mar Becker, 2020)

Butler, em “Vida Precária: Os poderes do luto e da violência” aponta que uma das maneiras de alcançar o reconhecimento de uma vida é se, diante da morte dessa existência, houver luto. Dessa forma, uma existência só pode ser considerada perdida se primeiramente ela for compreendida antes como vida e, posteriormente, houver luto por ela. Assim, a autora busca compreender quem conta como humano e que vidas contam como vida, questionando quais vidas merecem ser enlutadas. Ao deslocar o luto do campo do privado para pensar o mesmo em sua dimensão ético-política, a autora indica que a distribuição desigual do direito ao luto, e o modo como pranteamos nossos mortos, revelam aspectos fundamentais da hierarquia de valor que rege as subjetividades (Mamed, 2022).

As relações entre a suicidalidade, gênero e sexualidade se articulam com o conceito de Vidas precárias, usado por Butler (2016) para caracterizar aquelas vidas que podem ser lesadas, perdidas, destruídas e negligenciadas; que podem ser eliminadas e tratadas como vidas indiferentes, sem que isso conte como violência. Para ser considerada uma vida digna de ser vivida, é imprescindível um determinado enquadramento nos parâmetros de inteligibilidade socialmente instituídos. É aqui que as normas, sobretudo de gênero e sexualidade, ganham destaque. Tais normas podem produzir vidas e subjetividades que são destituídas do caráter de humanidade e que, portanto, podem ser mortas sem que isto sequer conte como uma violência ou como algo importante. “se a violência é cometida contra aqueles que são irreais, então, da perspectiva da violência, não há violação ou negação dessas vidas, uma vez que elas já foram negadas” (Butler, 2020, p.54).

No que diz respeito aos corpos dissidentes, a morte violenta chega a assumir mesmo um caráter pedagógico, uma vez que mostra as consequências de ousar resistir à norma. É o que ocorre na maioria das vezes com os assassinatos de pessoas trans e travestis: os enquadramentos midiáticos, que reproduzem o que consta nos boletins de ocorrência, culpabilizam as vítimas, buscam justificativas para o crime na sua conduta, destacam a dissidência e, com isso, escancaram a lógica normativa que faz com que essas mortes sejam até mesmo almeçadas, como um expurgo (Do Carmo Barretos, Ziller & Prado, 2022, p.3).

Ao pensar a violência contra pessoas trans, todo o descaso governamental (e transfobia institucional) demonstram a naturalização dessa violência que é expressa cotidianamente e assume diferentes formas, muitas vezes perdurando mesmo após a morte física. A violência simbólica, por exemplo, aniquila não apenas o corpo, mas também o direito ao luto e a memória.

Conhecida como a Rainha da noite, nos anos 80 e 90 da noite Paulistana, a travesti Andréa de Mayo, ativista pelos direitos de pessoas sexo-gênero diversas, faleceu aos 50 anos em decorrência das complicações de uma cirurgia para retirada de silicone industrial. Em seu enterro não permitiram que seu nome fosse usado na lápide, sendo enterrada com seu nome de registro. Somente 16 anos após sua morte, em uma manifestação solene que foi também um protesto de reivindicação de memória e de respeito à identidade nos ritos funerários, foi possível identificá-la a partir de sua lápide. Este protesto culminou com a fixação de uma placa com o nome de Andréa na lápide do túmulo dela no cemitério da consolação.

Alana, uma travesti de 30 anos que enfrentava uma grave doença pulmonar, havia solicitado à amiga que assegurasse que o seu velório e sepultamento respeitassem a sua identidade de gênero quando viesse a falecer. Quando Alana faleceu, as amigas que foram à cerimônia mal puderam a reconhecer, não porque ela tenha tido uma morte violenta, mas sim porque estavam velando ali, uma pessoa com aparência completamente distinta da que Alana ostentava em vida. A família decidiu velar Alana, de terno e gravata e com um bigode desenhado em seu rosto. O enterro teve repercussão nas redes gerando bastante revolta e indignação<sup>3</sup>.

Podemos resgatar também o exemplo de Victoria Jugnet, adolescente que faleceu aos 18 anos, por suicídio. A família da jovem solicitou a inclusão do seu nome social na certidão de óbito e teve o pedido negado pelas autoridades jurídicas. O embate jurídico ganhou repercussão e a partir deste caso, nasceu a lei Victoria Jugnet<sup>4</sup>, que busca garantir o nome social em lápides, jazigos e certidões de óbito mesmo se pessoas trans não tiverem conseguido retificar o nome em vida. Segundo Guedes

---

<sup>3</sup> <https://oglobo.globo.com/brasil/era-que-ela-mais-me-pedia-para-que-nao-acontecesse-diz-amiga-de-mulher-trans-enterrada-de-terno-bigode-no-sergipe-1-25235187>

<sup>4</sup> <https://www.conjur.com.br/2022-jun-28/opiniao-dignidade-postuma-pessoas-trans2#:~:text=A%20Lei%20Victoria%20Jugnet%2C%20de,retificar%20o%20nome%20em%20vida.>

(2021), apenas São Paulo, Brasília e Palmas têm leis específicas sobre reconhecimento da identidade social em cerimônias de velório, sepultamento e cremação.

As violências póstumas exemplificam que o direito a autoidentificação parece se extinguir com óbito, ou melhor, passa a ser definido pela família. Desse modo, constatamos que a prática violenta do apagamento identitário nos funerais e demais ritos de luto é legitimada e consentida, enquanto o respeito à identidade de gênero das vítimas, mesmo quando solicitado por familiares, encontra entraves burocráticos nas interpretações jurídicas que perpetuam a violência do apagamento identitário nos processos pós-morte de pessoas trans.

Vemos a consolidação de uma negação do direito ao luto quando se trata de histórias de vida que romperam em diferentes níveis com os ditames da normatividade. Diz-se de um duplo assassinato, na medida em que o Brasil lidera o ranking de assassinatos de pessoas trans, ao mesmo tempo em que, depois de assassinadas, se aniquila também a possibilidade de construção de memória dessas vidas, negando o direito ao luto para aqueles construíram seus corpos e subjetividades nas fronteiras das normas de gênero e de sexualidade. “A morte do sujeito que desvia só importa na medida em que demonstra as consequências de se desviar” (Do Carmo Barretos, Ziller & Prado, 2022, p.8).

A possibilidade de ser pranteada, é condição fundamental para toda vida que importa (Butler, 2016). Assim, a expressão do luto, enquanto afeto existencial e político, simboliza o reconhecimento de uma vida de valor, de uma vida que importa. Nesse sentido, reivindicar o direito ao luto é também uma maneira de evidenciar a cisheterobrutalidade que assola determinadas subjetividades. Percebe-se que o valor desigual atribuído às pessoas que tiveram sua identidade negada nos ritos fúnebres é uma continuidade do processo de desvalorização desses mesmos corpos em vida. “A morte dos sujeitos degradados à condição de não-pessoas não terá narrativa, ou, quando muito, essa será reduzida a mera quantificação numerária que normalmente é aplicada às coisas” (Butler, 2019, Safatle, 2020 apud Mamed, 2022, p.259).

No Brasil, podemos perceber que, oficialmente, não são nem mesmo reduzidas a quantificação numerária, visto que os órgãos oficiais não contabilizam essas mortes. Estes processos revelam que a **“morte social precede a morte orgânica”** (Pfeil & Pfeil, 2021, p.119).

Cabe questionar se o descaso governamental e até mesmo a escassa produção científica nacional a respeito do suicídio dessa população se configuram como efeitos da cisheteronormatividade e do que MBembe (2018) definiu como Necropolítica, que é o poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer. O autor parte dos estudos de Foucault sobre a soberania e o Biopoder e aponta que a necropolítica se exerce a partir do controle sobre a mortalidade, definindo “quem é ‘descartável’ e quem não é” (p. 41). Flor do Nascimento (2021) define a necropolítica como um modo de continuação da experiência colonial.

Além disso, nos questionamos sobre o lugar ocupado pela Psicologia no campo da produção de discursos que visam explicar o comportamento suicida. Baére (2019) sinaliza que há uma banalização e um reducionismo do sofrimento mental nesta população quando este sofrimento é entendido enquanto efeito de não se estar dentro dos padrões de normalidade. Desse modo, é representado como um sofrimento que advém das “escolhas” desse grupo de romper com as normas. Esse discurso culpabiliza as próprias pessoas sexo-gênero diversas, pela cisheteronormatividade que as fragiliza.

Alguns discursos biomédicos e até mesmo psicológicos, por exemplo, validam apenas o sofrimento mental como causalidade para o suicídio, ignorando o impacto que as violências estruturais têm na produção desse adoecimento. Isso cria uma falsa causalidade entre a transexualidade/travestilidade e um maior índice de suicídio. Todavia, sabemos que o que torna os índices mais altos nessa população não é a identidade de gênero, por si só, mas os diversos processos de aniquilamento físico e simbólico aos quais essa população está exposta cotidianamente (Baére, 2018, 2019; Adams et al., 2017; Tomicic et al., 2016).

Finalmente, somos convidados a ampliar o campo de estudos da Psicologia Social sobre o suicídio, resgatando histórias de vida de jovens trans que vivenciam ou vivenciaram de múltiplas formas o comportamento suicida e os processos de morte.

## Capítulo 2- Percursos Metodológicos

Levamos em consideração que boa parte da produção sobre suicídio da população trans se localiza na América do Norte e na Europa, sendo incipientes as produções na Americana Latina e no Brasil (Tomicic et al., 2016; Zeluf et al., 2018). Além dessa centralização geográfica, grande parte da produção é desenhada a partir de metodologias quantitativas, sendo os estudos qualitativos pouco representativos. Dos estudados quantitativos, a maioria busca compreender a incidência e prevalência do comportamento suicida. Já os estudos qualitativos, buscam compreender os fatores de risco e os fatores de proteção, as relações entre suicídio e violência, e as relações entre o suicídio e sintomas psiquiátricos.

Algumas revisões sistemáticas e metasínteses (Tomicic et al., 2016, Adams et al., 2017) apontam críticas sobre a produção acadêmica acerca do suicídio da população trans: 1) Alta concentração dos estudos em países desenvolvidos; 2) Falta de criatividade metodológica no desenho das pesquisas; 3) Amostras com ampla faixa de idades; 4) Ausência de estudos com crianças e idosos;

Tendo em vista tais críticas, levamos em consideração que o trabalho parte de algumas considerações: 1) O suicídio é um fenômeno gendrado; 2) A discussão sobre suicídio produz gênero e sexualidades; 3) Há uma escassez de produção científica brasileira a respeito da temática do suicídio na população trans; 4) A necessidade da utilização de métodos qualitativos que privilegiem o contexto ao invés de se restringir apenas a apresentação de dados epidemiológicos.

Consideramos que os discursos produzem realidades e efeitos nas experiências sociais dos indivíduos e que as classificações não apenas ordenam e classificam os sujeitos, mas revelam as posições e atitudes que se tem sobre os classificados. Assim, conceitos que se produzem no meio científico, sobretudo no saber biomédico, são considerados imunes de prejuízo, mas reproduzem os valores, as representações e práticas do próprio contexto em que são produzidos. A teoria queer e os estudos feministas apontam há décadas para a problematização das concepções ahistóricas e universalistas, defendendo um posicionamento localizado.

A proposta desta dissertação é compreender os sentidos atribuídos por jovens trans ao suicídio, a partir da metodologia de história de vida e da metodologia da cena. Assim, o objetivo central deste trabalho não é a busca de uma verdade acerca do suicídio, e sim uma compreensão de como o fenômeno é significado, administrado e materializado, a partir dos próprios sujeitos que vivenciam a suicidalidade.

Levando em consideração nossa inscrição no campo epistemológico das perspectivas queer, nesta pesquisa enfatizaremos as narrativas de pessoas trans sobre suas histórias de vida buscando compreender os sentidos atribuídos ao suicídio e as possíveis relações entre a suicidalidade e as normas de gênero e sexualidade. Trata-se, portanto, de uma escolha ético-política-metodológica

utilizada enquanto ferramenta para deslocar concepções prévias e fazer aparecer discursos que não estavam no campo do visível.

## **Coleta de Dados**

Após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, entramos em contato com jovens que eram assistidos pelo projeto Transpasse e pelo Ambulatório de Acolhimento em Diversidade de Gênero para Crianças e Adolescentes de Belo Horizonte, convidando-os. As entrevistas foram agendadas na medida em que havia interesse na participação e consentimento dos responsáveis legais. Em decorrência da temática do trabalho e da necessidade de anuência dos responsáveis, vários jovens recusaram o convite. Ao final, foram realizadas quatro entrevistas. Cada encontro durou em média uma hora e meia. As entrevistas sobre a história de vida dos participantes foram realizadas em diferentes locais de Belo Horizonte e Região Metropolitana, foram gravadas em áudio e transcritas. Os arquivos de áudio e de transcrição da entrevista serão mantidos, exclusivamente, em um HD externo que será guardado, pelo período de 5 (cinco) anos em local de acesso restrito sob responsabilidade do pesquisador e do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da Universidade Federal de Minas Gerais.

## **Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios para inclusão dos entrevistados é: 1) Se autoidentificar como pessoa trans e/ou travesti; 2) Ter entre 15(quinze) e 24 (vinte e quatro) anos; 3) ter histórico de comportamento suicida. Já os critérios de exclusão, compreendem: 1) Não residir em Belo Horizonte ou Região Metropolitana.

Com relação ao critério de idade, pautamo-nos na Organização Mundial da Saúde que circunscreve a juventude como categoria sociológica que abrange o período dos 15 aos 24 anos de idade e representa um momento de preparação de sujeitos - jovens - para assumirem o papel de adulto na sociedade. É preciso considerar ainda a pluralidade das experiências juvenis mesmo incluindo sujeitos de uma mesma faixa etária, o que justifica o uso do termo “juventudes” na literatura, denotando a necessidade de considerar as singularidades de acordo com o contexto de cada jovem.

Com relação ao critério – ter histórico de comportamento suicida – levando em consideração a história de vida da pessoa, não vemos necessidade de estabelecer um critério temporal para a presença de tal comportamento, como por exemplo, histórico de comportamento suicida no último

ano, ou mesmo antes ou depois da transição. Isso por entender que a temporalidade da ideação e das tentativas pode ser algo presente no momento das entrevistas, ou pode ser algo que existiu em um outro momento da vida da pessoa, sendo nosso objetivo, compreender os sentidos estabelecidos pelo jovem a essa experiência independente de quando ela tenha ocorrido.

### **Sobre o Transpasse**

O Transpasse é um projeto de extensão da UFMG vinculado à Clínica de Direitos Humanos (CdH/UFMG), à Divisão de Assistência Judiciária (DAJ/UFMG) e ao Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (NUH/UFMG), que visa oferecer acompanhamento psicossocial e orientação jurídica a pessoas trans e travestis em Belo Horizonte. A equipe é integrada por acadêmicos, graduandos, pós-graduandos e professores doutores, oriundos de diversas áreas, como Direito, Psicologia, Biomedicina, Gestão Pública e Filosofia.

É uma iniciativa inovadora na medida em que atua triplamente sobre o problema do encarceramento, voltando-se não apenas para o atendimento de pessoas trans e travestis que cumprem pena, mas também para evitar que aquelas que estão em liberdade sejam criminalizadas e que as egressas retornem ao sistema prisional. Em todas as circunstâncias, empreendem-se ações relacionadas à cidadania das pessoas, estimulando o acesso aos direitos coletivos e individuais e aos serviços públicos da cidade. Assim, a atuação se dá diretamente sobre o problema do encarceramento: o ciclo de violações que gera a criminalização da população trans e travesti e que se acentua a partir da inserção dessas pessoas no sistema prisional, local ainda mais precário e que impõe ainda mais vulnerabilidade para essas pessoas.

A escuta produzida na experiência dos atendimentos psicossociais no Transpasse é pensada no sentido de ultrapassar as demandas imediatas trazidas pelas assistidas, de modo que suas vivências possam ser recebidas e compreendidas em um espaço seguro de acolhimento. Considerando que tanto no sistema de justiça quanto nos sistemas de saúde, os depoimentos e as falas das pessoas trans tendem a ser completamente descartadas, como efeito dos processos de criminalização e patologização de seus corpos e identidades, torna-se ainda mais central o papel de uma escuta psicossocial no contexto do Transpasse.

Para a prática dessa escuta, destacamos a importância de dois elementos: a alteração dos critérios de audibilidade e a despatologização. O primeiro diz sobre uma perspectiva política acerca da escuta, que visa legitimar a fala do sujeito e utilizá-la como materialidade de provas contra as diversas violências que denunciam. Já a despatologização, implica numa escuta eticamente posicionada, que busca articular os cuidados em saúde sem estigmatizar e violentar os sujeitos, reconhecendo a pluralidade da identidade humana e acolhendo-a em sua diversidade de expressões.

O processo de escuta construído por nossa equipe visa também a construção do vínculo entre equipe e usuária. Nessa construção toda a linguagem técnica da psicologia é traduzida para o cotidiano das usuárias através, por exemplo, do *pajubá* valorizando o conhecimento delas sobre estes processos e respeitando seus modos próprios de agência e resolução de problemas.

Por fim, cabe destacar que a prática psicossocial não busca assumir um lugar de normatização dessas experiências, mas sim formar redes de diálogo que amplie os campos de possibilidade a serem explorados, agindo contra a exclusão e erradicação das narrativas de pessoas trans e travestis. Para isso, atuamos levando em conta a importância da construção conjunta e em rede das demandas, e a necessidade da construção de laços que, em última instância, atuem como formas de combater o ciclo de encarceramento.

Nos casos em que há ações judiciais em curso, realiza-se o acompanhamento de movimentações e o estudo dos processos, com vistas a identificar possibilidades de atuação e diligências como: peticionamento de relatórios de acompanhamento psicossocial, elaboração de peças jurídicas e também acompanhamento das usuárias em audiências, buscando sempre informá-las sobre os acontecimentos do processo e suas pendências com o sistema judiciário, esclarecer dúvidas, orientá-las com relação a eventuais audiências e demais compromissos decorrentes de processos judiciais, com o objetivo central de evitar seu (re)encarceramento.

A equipe jurídica realiza a análise estratégica dos casos, identificando eventuais violações processuais e problemas jurídicos que possam ser objeto de intervenções de litígio estratégico e *advocacy*, buscando a garantia de direitos fundamentais a pessoas trans e travestis.

Atuar criticamente na relação intrincada e pouco explorada entre criminalização, gênero e sexualidade, constitui-se um dos principais objetivos e desafios do Transpasse. O projeto assume, assim, um compromisso político de combate à aplicação seletiva da lei penal. Para tanto, tem sido crucial o desenvolvimento de uma metodologia de atuação tripla sobre o problema do encarceramento, ao voltar-se não apenas para o atendimento de pessoas trans e travestis que cumprem pena, mas também para evitar que aquelas que estão em liberdade sejam criminalizadas e que as egressas retornem ao sistema prisional.

## **Sobre o Ambulatório**

Ambulatório de Acolhimento em Diversidade de Gênero para Crianças e Adolescentes - Hospital Infantil João Paulo II – Belo Horizonte – Minas Gerais.

São diversos os obstáculos enfrentados pela população trans no acesso a saúde, em especial para crianças e jovens trans, que dependem do aval de um responsável para ter esses cuidados efetivados. Podemos destacar, por exemplo, a dificuldade de pais, responsáveis ou familiares em

compreender e buscar informações adequadas sobre os processos de transição; a ausência de formação profissional adequada às especificidades da saúde trans; a reprodução de violência por parte dos profissionais de saúde; além de protocolos clínicos que fortalecem relações hierárquicas e patologizantes entre profissionais e pacientes na atividade do cuidado (Prado, 2018; Antra, 2023).

Historicamente, as crianças vêm sendo representadas como o futuro da nação, mas quando olhamos para essa literatura percebemos que há uma projeção dessa infância como assexuada, branca e heterossexual, como evidencia Megg Rayara Oliveira (2017): “um menino afeminado coloca em risco um projeto de futuro, um empreendimento fadado ao fracasso. O futuro que importa anunciado por uma criança só pode ser aceitável se corresponder à norma cis heterossexual branca” (p. 114). Nesse sentido, as crianças e adolescentes que fogem do modelo esperado do que é ser um garoto ou uma garota são vistas como um risco, para si mesmo, para os outros e para o futuro da nação. Essa promessa de futuro é sobretudo, a manutenção do presente com os valores, costumes e hierarquias inalterados.

O Ambulatório de Acolhimento em Diversidade de Gênero para Crianças e Adolescentes do Hospital Infantil João Paulo II, o primeiro e único ambulatório no estado de Minas Gerais específico para atendimentos à população de pessoas transgêneros menores de 18 anos, nos convida a pensar outras promessas de futuro, em que a diversidade seja parte dele e não um risco a ser extirpado.

Para receber as crianças e adolescentes trans e travestis, o ambulatório conta com equipe multiprofissional, composta por pediatra, pedagoga, fonoaudiólogo, assistente social, psicóloga, psiquiatra e endocrinologista. Cada paciente recebe o atendimento da especialidade que necessita. É possível também, a partir da avaliação da equipe multiprofissional e dos limites de idade, acessar o bloqueio puberal e hormonização. Os atendimentos são feitos a partir dos encaminhamentos da Atenção Primária a Saúde.

É importante destacar que o ambulatório existe desde 13 de maio de 2020, mas somente foi regulado para oferta de vagas de atendimento em agosto de 2022, pois houve muita resistência para sua efetivação. Conforme matéria publicada no jornal Estado de Minas, o ambulatório sofreu diversos ataques da parcela conservadora da área da saúde e poderia ser fechado. A possibilidade do atendimento aos jovens trans ser suspenso mobilizou uma série de atores sociais na luta para manter o ambulatório funcionando<sup>5</sup>. Outra notícia divulgada no site do Conselho Estadual de Saúde apontou que o Ambulatório enfrenta dificuldades estruturais para manter o atendimento dos jovens trans. O crescimento da demanda para acesso ao serviço estava para além da estrutura destinada ao ambulatório<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/12/29/interna\\_gerais,1224625/abaixo-assinado-chama-atencao-para-saude-de-adolescentes-transgeneros.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/12/29/interna_gerais,1224625/abaixo-assinado-chama-atencao-para-saude-de-adolescentes-transgeneros.shtml)

<sup>6</sup> Ambulatório de Saúde do Adolescente do Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) enfrenta dificuldades estruturais para manter atendimento a crianças e adolescentes trans e não binários: <http://ces.saude.mg.gov.br/?p=8370>

Entre outras denúncias, destacamos também a transfobia institucional veiculada pelo Sistema Socioeducativo de Minas Gerais que foi acusado de negar o encaminhamento de adolescentes trans para atendimento no Ambulatório, o que gerou Procedimento Administrativo de Tutela Coletiva para apurar os fatos relacionados a violação de direitos individuais e coletivos dos adolescentes trans e travestis que se encontram em cumprimento de medida socioeducativa<sup>7</sup>.

Notamos que o reconhecimento e funcionamento do Ambulatório é resultado de muitas lutas do movimento social e do Conselho Estadual de Saúde, sendo efetivado a partir de procedimento instaurado pela Promotoria de Saúde. Cabe destacar que as disputas em prol da manutenção do Ambulatório prevalecem até os dias de hoje, visto que a prefeitura não reconhece a existência do ambulatório em seus instrumentos oficiais, não citando o mesmo nas cartilhas direcionadas à população trans.

Atuando a partir de uma perspectiva despatologizante, o ambulatório é de grande importância para as políticas de cuidado transespecíficos, e se mantém a despeito dos diversos ataques transfóbicos que buscam dismantelar a rede de cuidados oferecidas aos jovens trans. Incentivando a cidadania, o ambulatório busca garantir às crianças e adolescentes **o direito** a exercer seu gênero e sexualidade distintos daqueles que são socialmente esperados (Yogyakarta, 2017).

O ambulatório soma-se a outras instituições e a rede de saúde pública disponível. Em 2022, o Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da UFMG (nuh) estabeleceu parceria com o Ambulatório a partir do projeto Transpasse (UFMG), que passou a acolher crianças e adolescentes encaminhadas pelo Ambulatório para acompanhamento psicossocial e jurídico.

## **Histórias de vida e de morte**

“a vida pode ser entendida exatamente como aquilo que excede qualquer relato que dela possamos dar. (Butler, 2022, p.61)”

A História de Vida como abordagem metodológica foi introduzida no meio acadêmico, em 1920, pela Escola de Chicago e desenvolvida por Znaniescki, na Polônia, marcando diversos avanços nas ciências humanas, que inovaram ao utilizar o ponto de vista do sujeito e o uso de materiais pouco convencionais para a época, como cadernos, diários, cartas etc. Ao longo do tempo, esse método de pesquisa buscou estabelecer as estratégias de análise da experiência vivida, constituindo-se como um

---

<sup>7</sup> Defensoria Pública de Minas instaura procedimento para o combate à transfobia no sistema socioeducativo mineiro: <https://defensoria.mg.def.br/defensoria-publica-de-minas-instaura-procedimento-para-o-combate-a-transfobia-no-sistema-socioeducativo-mineiro/>

método de coleta de dados dos sujeitos no contexto das relações sociais. Nesse sentido, Barros (2000) destaca que tal metodologia funciona como uma possibilidade de acessar o sujeito na sua realidade, possibilitando compreender o universo do qual ele faz parte.

O método de história de vida, nesta pesquisa, assume um caráter ético, político e terapêutico, possibilitando a resignificação do vivido e a abertura para novos sentidos. Retomo Rancière para questionar: quem tem a palavra, e quem tem apenas voz? Historicamente, a recusa a considerar algumas pessoas como seres políticos (e em última instância como seres humanos), passa pela recusa a considerar os sons que esses sujeitos emitem como discurso. Para Rancière, a política “dá a ver aquilo que não encontrava um lugar para ser visto e que permite escutar como discurso aquilo que só era percebido como ruído” (1996, p.53). As histórias de vida nos estudos em ciências humanas, tem potencial para reconfigurar a distribuição do sensível, rompendo com formas de identidade e com hierarquias do discurso.

Contar sobre uma história de vida é um ato que ultrapassa a rememoração, transformando-se em um devir de reapropriação do vivido. Narrar é também resignificar o passado a partir do presente e do horizonte de futuro, é refazer os caminhos percorridos, o que é mais do que revivê-los (Bosi, 1987).

A memória não é sonho, é trabalho [...] lembrar não é reviver, é refazer, reconstruir, repensar com ideias de hoje, as experiências do passado”. Lembrar não é *viver de novo*, é construir – sempre de outro jeito – o vivido, que se torna novo, nosso. A memória não é um *estado* de coisas, uma bagagem, não é segura, confiável ou blindada (como costumamos pensar). A memória é processo: deslocamento (Bosi, 1987). É justamente a memória que possibilitará o novo. (Nogueira, Barros, Araújo & Pimenta, 2017).

Nesse sentido, como enfatizam Nogueira, Barros, Araújo & Pimenta (2017) há um caráter terapêutico e ético nesse método inscrito na escuta oferecida pelo pesquisador e na não limitação do narrador da história a um objeto de pesquisa, rompendo com vários ditames de métodos tradicionais e positivistas. “Trata-se de não reafirmar a relação de objeto que tantas vezes a universidade, como espaço privilegiado da ciência moderna, produziu, mas, ao contrário: o sujeito que narra sua história é um coautor do trabalho, participante ativo (e reconhecido) do conhecimento produzido, no encontro com o pesquisador” (Nogueira, Barros, Araújo & Pimenta, 2017 p.478).

É na singularidade vivenciada por cada sujeito em seu contexto social que os poderes e ideologias se inscrevem, sendo a história de vida, um método capaz de tornar visível as relações entre os jogos de poder e da linguagem, do imaginário e da subjetividade. Tal método revela assim mais do que apenas a individualidade do narrador, possibilitando vislumbrar os elementos da história

coletiva no qual a individualidade se fundamenta. Além disso, mais do que revelar e visibilizar, torna-se possível, portanto, transformá-los.

Isso se dá na medida em que o método de história de vida possui uma dimensão dupla interdependente que consiste na descrição de fatos e na busca de sentidos (Nogueira, Barros, Araújo & Pimenta, 2017). A descrição dos fatos vividos, inscrita em determinado contexto sócio-histórico, depende do sentido que é próprio, não apenas do narrador, mas da relação que se estabelece entre narrador e pesquisador. Um sentido que se elabora na relação e que, portanto, não está na história, nem mesmo na narrativa, sendo “apreendido/construído na retomada posterior do que foi narrado, no movimento de pensamento no qual é representado” (Favret-Saada, 1977 apud Nogueira et.al, 2017, p.469). Assim, esse movimento indica que, ao narrar, é possível transformar o modo pelo qual experienciamos o vivido.

Outro potencial terapêutico se constrói a partir da possibilidade de legitimação da importância de determinadas vidas (Bosi, 2003). Como vimos, algumas vidas são socialmente compreendidas como de menor valor, menor importância, vidas precárias. Diversos dispositivos confluem para aniquilar tais vidas, bem como suas memórias. Pensando no contexto das transexualidades, todo o aparato da transfobia em sua imensa capilaridade, instaura a lógica de que a vida das pessoas trans não importa, assim como suas narrativas. Retomar a história de vida dessas pessoas é, portanto, deslocar a história de vida delas para a ordem do reconhecimento de que suas vidas são tão dignas de rememorar como das pessoas ditas importantes (Bosi, 2003).

Ao trabalhar com história de vida, narrador e pesquisador embarcam em uma aventura comum (Bosi, 2003), compartilhando vínculos, afetos e desafetos, em uma relação que não se restringem a uma busca de informações sobre o outro. Nessa troca, para que o pesquisador possa compreender o lugar social de alguém, precisa antes, interrogar-se sobre seu próprio lugar social (Ferraroti, 1984, apud Nogueira et.al, 2017), pois é a partir dele, que será construído o referencial teórico da escuta. Como destacado por Nogueira (2004) a história de vida propõe uma escuta que seja comprometida, engajada e participativa.

### **Pode um jovem trans falar?**

Os escritos de Butler me mobilizam a pensar a respeito do meu lugar de escuta, em especial o Livro “*Relatar a si mesmo: Crítica da violência ética*”, de 2015. A obra se pauta a partir da seguinte questão: Como um sujeito pode narrar a si mesmo? Porém, a autora não toma nenhum termo desse questionamento de antemão, se perguntando o que é esse sujeito e esse “si mesmo” visto que somos efeito de um conjunto de atravessamentos que nos precedem e nos excedem.

Dialogando com autores como Adorno, Nietzsche, Foucault, Hegel, Laplanche e Lévinas, Butler tece diversas reflexões sobre a narratividade, o reconhecimento e a responsabilidade. Para a autora, o processo de narrar-se é um processo que não tem fim, pois quando o sujeito busca fazer um relato de si mesmo, ainda que seja carregado de individualidade, há um enquadramento social que permite não só a narração tal como ela se dá, mas os próprios termos de reconhecimento da narrativa. “A razão disso é que o “eu” não tem história própria que não seja também a história de uma relação – ou conjunto de relações – para com um conjunto de normas” (idem p.18).

Ao trazer a performatividade para pensar a cena do reconhecimento, a autora situa a possibilidade de dizer de si mesmo, em um tempo histórico que enquadra as possibilidades de narratividade e de reconhecimento.

Os termos que possibilitam o reconhecimento de si, em uma análise Foucaultiana, são dados por um regime de verdade, de modo que tudo aquilo que posso ser, e que posso vir a ser, é limitado por esse regime que decide quais formas de ser são passíveis de reconhecimento. Esse regime de verdade fornece um quadro de fundo para a cena do reconhecimento, o que não significa que dado regime estabelece um quadro imutável e invariável; significa apenas que é em relação a esse quadro que o reconhecimento acontece, e é em relação a esse mesmo quadro que as normas que o governam podem ser contestadas e transformadas (idem p.35).

Perguntar, por exemplo, o que as normas que governam o reconhecimento deixam de fora, o que poderiam ser forçadas a abrigar e, em última instância, se sou ou não reconhecível, abrem horizontes para pensarmos as subjetividades trans jovens, para quem o reconhecimento, é constantemente negado. Mais do que isso, estas subjetividades extrapolam os termos de inteligibilidade e produzem falhas na prática de reconhecimento, marcando lugares de ruptura no horizonte normativo, ou dialogando com Rancière, colocando o regime policial em xeque em um movimento político. Assim, é imprescindível lembrar que o horizonte normativo no qual vemos o outro, o escutamos, o conhecemos e o reconhecemos, e com efeito, no qual o outro nos vê e nos reconhece é também alvo de uma abertura crítica. Em uma visão Foucaultina, essa abertura pode tensionar os limites dos regimes de verdade estabelecidos.

Esse reconhecimento se enlaça com o relato na medida em que normas, invariavelmente sociais, condicionam o que será e o que não será um relato reconhecido. Pensar o relato a partir da performatividade permite compreender que somos atravessados por normas e ditos anteriores que nos conformam, sendo assim, a condição da possibilidade de falar é assumir um discurso que é de Outro, de modo que nossa língua nunca é completamente nossa (Demetri & Toneli, 2017). Além disso, as autoras apontam que “nós nos sentimos mais reconhecidos de maneira apropriada por uns do que por outros” (Butler, 2015 p.48). Tal fala nos leva a questionar quem pode ofertar o reconhecimento sobre o suicídio e sobre a transexualidade. Como vimos até então, as ciências médicas e Psi ocupam um

lugar privilegiado na dispersão do regime de verdade sobre esses campos. Buscamos aqui questionar os discursos que produzem o sujeito ‘transexual suicida’ em uma especificidade etária, pensando também sobre o quadro referencial que permite que tais discursos sejam legitimados.

Butler demonstra, em diálogo com a Psicanálise, que só podemos nos conhecer a partir de um mundo social mais amplo que nos escapa. Somos, assim, opacos a nós mesmos. As implicações dessa reflexão para a ética são incomensuráveis, uma vez que a responsabilização demanda um sujeito moral, transparente e racional. Destarte, o relato que podemos dar de nós ou do outro, nunca expressa ou carrega totalmente a expressividade do corpo vivido.

Quando pedimos para conhecer o outro, ou pedimos para que o outro diga, final ou definitivamente, quem é, é importante não esperar nunca uma resposta satisfatória. Quando não buscamos a satisfação e deixamos que a pergunta permaneça aberta e perdure, deixamos o outro viver, pois a vida pode ser entendida exatamente como aquilo que excede qualquer relato que dela possamos dar (Butler, 2022 p.61).

A partir desses apontamentos, busco trazer para a reflexão que, de forma similar à vida, a morte também excede todo e qualquer relato que dela possamos dar. Nesse sentido, quando trabalhamos com narrativas e com histórias de vida que buscam conhecer mais sobre o processo de morte ‘auto’ infligida, ou mesmo quando pedimos para conhecer o outro, não podemos esperar uma resposta definitiva e acabada, sendo necessário deixar que a pergunta permaneça aberta e perdure, para que se possa contemplar o devir.

O pesquisador e ouvinte performa um papel fundamental na pesquisa em história de vida, visto que “Ninguém pode viver em um mundo radicalmente não narrável ou sobreviver a uma vida radicalmente não narrável” (ibidem, p.81). Assim, o pesquisador representa a possibilidade de a história ser devolvida de uma nova forma, permitindo ao sujeito que narra, reformular, reordenar, condensar, comparar e descolar suas cenas vividas. Em última instância o pesquisador pode possibilitar que parte dessa opacidade do sujeito seja, através do narrar-se, iluminada (ibidem, p.105).

Quais normas possibilitam reconhecer o relato que o outro nos traz? Pensar sobre essa questão é pensar sobre o lugar de escuta que nos dispomos enquanto pesquisadores. O modo como ouvimos e analisamos esses relatos (ou como não ouvimos) também produzem efeitos múltiplos, incluindo aí, subjetividades.

Finalmente, Butler e Rancière se encontram ao pensar certos deslocamentos que produzem rupturas na esfera pública, onde atores normalmente rejeitados pelos poderes instituídos desestabilizam os termos do reconhecimento. Se, com Foucault podemos dizer que “onde há poder

há resistência” com Butler, compreendemos que “se não há vidas invulneráveis ao poder, também não há poder que seja invulnerável à vida” (Demetri & Toneli, 2017).

### Capítulo 3- Montando a Cena Polêmica

“Toda teoria é contrabando”

Bourcier (no prefácio à primeira edição do Manifesto Contrassexual de Preciado).

Rancière compreende a política a partir do encontro entre dois processos distintos: a polícia e a política. A polícia está relacionada ao ordenamento e ao governo e "consiste em organizar o encontro dos homens em comunidade e seu consentimento, e descansa na distribuição hierárquica de lugares e funções" (Rancière, 2006:17). Assim, a polícia estrutura inúmeras divisões hierárquicas ao distribuir funções, competências e locais particulares a cada indivíduo na sociedade. Ela determina o que pode ser realizado, e por quem. Nesse aspecto, pode-se dizer que ela é primariamente uma lógica da desigualdade que cria formas de inclusão e exclusão na medida em que particiona o sensível (Tanke, 2011, p. 46 apud Rizzo & Chueiri, 2021). Diversos processos entendidos comumente como políticos como governo, debates parlamentares, eleições, podem se enquadrar no regime policial.

Para Rancière, na distribuição hierárquica dos lugares e funções, ocorre um dano que gera relações de opressão e identidades subalternas. A polícia funciona no mascaramento e naturalização desse dano, que passa a ser percebido como algo essencial para o funcionamento social. Já a política é o processo que revela e interrompe tal naturalização do dano, questionando a naturalidade e a distribuição desigual das partes. “Portanto, a polícia é o exato oposto da política, pois enquanto aquela é uma lógica fundada na desigualdade e que visa à manutenção do status quo, esta é uma demonstração de igualdade que perturba os arranjos sociais vigentes” (Rizzo & Chueiri, 2021).

Todavia, não se trata de considerar a polícia como negativa e a política como positiva. Sendo a polícia o outro da política, é a partir desta que ocorrem os processos de subjetivação. Nesse sentido, a polícia é condição de emergência para a política, e é utópico considerar que existe um reino de igualdade e liberdade fora da ordem policial. Ainda assim, afirmar a inevitabilidade da ordem policial não significa abster-se da crítica com relação a ela. É nesse sentido que Rancière destaca que existem ordens policiais melhores ou piores que outras, contudo, isso não muda sua natureza (Rancière, 1999).

A política faz revelar que tal distribuição policial é, portanto, totalmente contingencial. É tarefa da política a repartição do sensível. Para o autor, partilha do sensível "é o sistema de evidências sensíveis que revela, ao mesmo tempo, a existência de um comum e dos recortes que nele definem lugares e partes respectivas. Uma partilha do sensível fixa, portanto, ao mesmo tempo, um comum partilhado e partes exclusivas" (Rancière, 2009:15). A partilha do sensível está intimamente ligada à constituição das identidades, em um processo que Rancière denomina "subjetivação política".

Segundo Marques & Prado (2018, p.129) a subjetivação política em Rancière constitui-se de três dimensões principais: a) o desenvolvimento de uma capacidade enunciativa e argumentativa, que possibilite reconfigurar a relação entre o visível e o dizível; b) a criação de cenas de dissenso, nas quais os sujeitos encenam e transformam sua voz em palavra, demandam reconhecimento e explicitam o dano da organização policial; c) uma desidentificação com as identidades socialmente impostas, que definem os lugares que cada um deve ocupar.

A essência da política não está na repressão ou no controle sobre o ser vivente, mas na forma em que o sensível é distribuído e dividido. Essa distribuição e divisão nada mais é do que a partilha do sensível (Rizzo & Chueiri, 2021). “Assim, a política interpela a ordem policial e seus agentes, entre eles o Estado, que respondem aos processos de subjetivação dissipando e/ou institucionalizando seu potencial de alargamento da experiência sensível” (Machado, 2013, p.44).

Machado (2013) complementa que a política não tem como tarefa outorgar identidade, mas sim romper com identidades dadas e, juntamente com isso, toda uma ordem de partilha preestabelecida. Nesse sentido, a subjetivação política questiona os atributos de uma identidade, atuando como uma *epoché* da categorização social que engendra as mesmas. Assim, a subjetivação política empreende um reordenamento do devir existencial, ou seja, das formas de ser e estar no mundo. Rancière destaca que a política ocorre justamente nas fronteiras do ordenamento policial, alargando o campo sensível a novas possibilidades de ordenamento.

Podemos resgatar o conceito de *sans-part* de Rancière, para caracterizar os sujeitos excluídos da ordem sócio-política, chamados de “parte dos sem parte”, entendidos como aqueles historicamente destituídos da qualidade política (Rancière, 2015, p.46).

Na partilha mesma do que é comum a uma comunidade, aqueles que são vistos como não tendo nada a oferecer ao coletivo (a princípio, sujeitos tidos como desnecessários historicamente as atividades políticas como escravos, pobres, operários, mulheres, minorias etc.) agrupam-se sob o signo de uma “parte dos sem-parte” e, portanto, veem negada a sua existência política, sua existência como interlocutores. [...] Eles não contam e não foram contados desde o início como pares, como iguais. (Marques & Prado, 2018, p.132)

Mais do que determinar a parte que cada um ocupa no todo social, a polícia define a inteligibilidade das partes, de modo que, ser ininteligível por tal ordem, significa não ter parte na comunidade e se tornar invisível. É nesse sentido que Rancière destaca que quando os sem-parte reivindicam algo, não é como se seus argumentos fossem ouvidos e posteriormente desconsiderados. Sua linguagem sequer é capaz de carregar significado. O que sai de sua boca não é considerado como discurso, soando como meros balbuceios. Posto isso, temos que a subjetivação política possibilita o

redimensionamento da partilha do sensível, de modo que um sujeito ou um coletivo se desidentifique com a parte que lhe fora atribuída criando um dissenso.

Para Rancière a sociedade é desigual não porque as pessoas nascem desiguais, sendo um filósofo radicalmente antiessencialista, há uma completa desnaturalização tanto da desigualdade como da igualdade. Se a sociedade é desigual, é porque em seu interior inúmeras divisões e hierarquizações sustentam tal desigualdade. Não há nenhum princípio divino, natural ou imutável para tal, apenas contingências. A ideia da igualdade como ponto de partida que o autor herda de Jacotot, demonstra a contingência e arbitrariedade da dominação de uns sobre outros. Para que haja hierarquia, uns devem mandar e outros obedecer, mas antes que tal comando seja obedecido, é necessário compreendê-lo e, se há compreensão, isso evidencia que quem obedece compartilha da mesma capacidade de entendimento daquele que comanda, ou seja, são intelectualmente iguais (Rancière, 1999). Nesse sentido, a premissa da igualdade faz com que qualquer hierarquia se desmanche no ar.

Assim, a política em seus desacordos tensiona as formas de partilha do sensível, questionando sobre quem tem ou não capacidade para participar da governamentalidade e torna visível e audível sujeitos que até então, não eram vistos nem ouvidos. Finalmente, a política se refere aos acontecimentos que rompem com uma configuração dita normal, através de uma série de atos que reconfiguram o corpo, o espaço e o tempo.

É meu interesse deslocar as concepções prévias que se articularam a ideia de suicídio e de transexualidade ao resgatar a história de vida de jovens trans que, em determinados momentos de suas vidas, desejaram ou tentaram se matar. Faço uma aposta de que, na escuta e análise dessas histórias, resulte em uma atividade política que desloque tais corpos do lugar a eles designados, fazendo ver o que não cabia ser visto e fazendo ouvir discursos onde antes só existia o barulho (Rancière, 1999; Rizzo & Chueiri, 2021). Para isto, utilizarei do método da cena de Rancière.

### **Hackeando e alterando os critérios de perceptividade**

Para além do quadro referencial fornecido pela metodologia em História de vida, apresentamos aqui outro referencial que guia meu olhar e escuta sobre as histórias aqui descritas, a saber: o método da cena de Jacques Rancière. Tal metodologia se aproxima do que podemos chamar de metodologias insubmissas, errantes e subalternas, ao mesmo tempo que apresenta o rigor necessário exigido pela academia.

Jack Halberstam (2008), ao discorrer sobre metodologia queer, convoca-nos a pesquisar com uma certa deslealdade aos métodos acadêmicos convencionais, ao situar no mesmo plano de legitimidade, discursos que provêm de fontes como o cinema, literatura e fotografia, convergindo

métodos aparentemente contraditórios na contramão da pressão acadêmica por coerência (Mombaça, 2016). É nesse sentido, que assim como as metodologias queer, a cena em Rancière não predispõem de roteiro, ou mesmo um passo-a-passo pronto para ser replicado. Não nos oferecem um caminho pronto a ser trilhado. Por efeito, a cena é inacabada, e se dá no ato de fazer e desfazer, no meio das brechas das normas acadêmicas.

Assim como as metodologias queers, no uso da Cena há um esforço ético em romper silêncios que atuam na manutenção da norma e na ocultação de violências. A utilização de cenas de dissenso permite deslocar as narrativas dos lugares cristalizados destinados a elas, remodelando a partilha do que é ‘perceptível’. Nessa confluência, buscamos construir um percurso metodológico que produza rupturas no sistema hierárquico, que usualmente, utiliza a teoria para avaliar, referendar e cancelar o reconhecimento de determinadas falas. Nossa intenção é dispor conhecimentos que provêm de lugares diferentes em um mesmo plano. Nesse sentido, a cena não propõe uma interpretação da narrativa dos sujeitos, tratando-se não de explicar, mas de compreender, de descrever.

Tento privilegiar as formas de escritura da história, as formas de apresentação das situações, de agenciamento dos enunciados, as formas de construção das relações entre causa e efeito ou entre antecedente e conseqüente que rasgam os formatos tradicionais, os modos de apresentação de objetos, de indução de significações e de esquemas causais que constroem a inteligibilidade padrão da história. Penso que um discurso teórico é sempre, ao mesmo tempo, uma forma estética, uma reconfiguração sensível dos dados sobre os quais ele argumenta. Reivindicar o caráter poético de todo enunciado teórico é também quebrar as fronteiras e as hierarquias entre os níveis de discurso. Aqui encontramos nosso ponto de saída (Rancière, 2006, p. 164).

A cena polêmica (ou cena de dissenso) é um conceito central no pensamento de Rancière, visto que o conflito político objetiva produzir situação de visibilidade e de fala, alterando o status de validade dos protagonistas ou participantes nessa situação (Marques & Prado, 2018). Tais cenas de dissenso estruturam-se a partir de ações de sujeitos que não eram, até então, contados como sujeitos, provocando assim, rupturas no que já estava dado, para desenhar uma nova topografia do possível (ibidem).

As cenas remetem a invenção de novas visualidades e interlocuções nas quais se inscreve a palavra do sujeito falante e nas quais esse próprio sujeito se desenvolve de maneira performática, desidentificando-se de um tipo de identidade que o aprisiona a determinados estatutos sociais (Marques & Prado, 2018, p.139).

Ainda assim, é importante destacar que as histórias de vida aqui relatadas não permitem a compreensão de fato da totalidade de uma vida, pois a vida excede qualquer relato que dela se possa dar. Também não é nosso interesse falar em nome dos sujeitos, as histórias de vida aqui relatadas, partem das entrevistas, mas não são experiências que revelam uma ontologia sobre os sujeitos. Tais histórias de vida, são um produto único do encontro entre pesquisador e narrador. Nesse sentido, o relato da entrevista e a análise se mesclam, desde o entendimento de que o próprio relato da entrevista é por si mesmo uma análise.

Na construção de cenas de dissenso/de igualdade, buscamos visibilizar a palavra onde antes havia silêncio (Rancière, 2016). Portanto, recontarei as histórias de vida que ouvi, tomando o cuidado necessário que essa atitude exige, sendo a principal delas, a de colocar em um mesmo plano conhecimentos que vêm de lugares diferentes, pensando o conhecimento teórico acadêmico e o conhecimento vivencial dos sujeitos ouvidos.

Poucos são os trabalhos sobre suicídio que tomam as experiências dos sujeitos trans como saber sobre si mesmo, que levam em consideração as histórias de vida desses sujeitos sem reduzi-los aos referenciais teóricos que utilizam, ou reduzi-los a experiência do suicídio. É por isso que antes de pensar no suicídio, pensamos o sujeito, sua trajetória e suas experiências, para assim, tentar compreender os significados do suicídio para cada um.

São as experiências das histórias de vidas que constituem este trabalho. Enquanto jovens trans, tais pessoas não são validadas como interlocutoras ou produtoras de saber, suas vozes não são escutadas. É esse deslocamento que desejamos produzir ao trazer a cena da entrevista para visibilizar as categorias mostrando como todas estão relacionadas em suas singularidades e diferenças. É meu interesse hackear os tímpanos da escuta científica, para fazê-la escutar ruídos ignorados e autorias não autorizadas (Mombaça, 2016). Introduzir essas histórias no cerne da academia é hackeá-la de dentro, é alterar os critérios de perceptividade que delegam um lugar a juventude trans, a saber: o lugar de quem precisa ser explicado, estudado e não o lugar de quem pode explicar algo. O caráter ético-político das metodologias aqui usadas intenta, portanto, em modificar quais vozes são ouvidas e, sobretudo, quais vozes são legitimadas como produtoras de conhecimento.

## SOBRE-VIVÊNCIAS

Todos os nomes utilizados nos relatos são fictícios, visando proteger o anonimato dos jovens. Para além do aspecto ético da proteção, pensamos que ter sua história de vida publicada com outro nome que não o seu próprio, pode ser um ato de violência, principalmente para quem tem o nome que escolhe negado durante boa parte da vida. Nesse sentido, ao invés de inventar novos nomes para os entrevistados, foi perguntado qual nome eles gostariam que constasse na publicação. Para além do momento da entrevista, os jovens participaram ativamente da construção dos relatos anteriormente apresentados. As partes destacadas em negrito, são transcrições diretas da fala dos jovens.

### Lucca

“O pessoal só vai na terapia pela testosterona”

Lucca é um homem trans, tem 16 anos de idade, pardo, de cabelos pretos anelados, olhos castanhos, bem baixinho. Se identifica como bissexual/demissexual. O primeiro contato com Lucca se deu após a médica pediatra do Ambulatório convidar o mesmo a participar da pesquisa, e ele autorizou. A médica passou meu contato para ele, e ele me enviou uma mensagem sinalizando o interesse em participar. Conteí a ele sobre a pesquisa e disse que poderíamos combinar um lugar e horário que se adequasse a disponibilidade dele. Sugeri o meu consultório, onde faço os atendimentos psicológicos, por ficar numa área central em Belo Horizonte, ou mesmo o Parque Municipal, mas Lucca está residindo em Contagem, cidade da região metropolitana de BH, o que dificultaria para ele vir até mim. Na ocasião, sugeri como ponto de encontro a Akasulo, um centro de convivência LGBT+ que fica em Contagem, ele ficou super empolgado pois já queria conhecer o local a mais tempo. Combinei de utilizar uma sala onde acontecem as aulas na Akasulo, para que pudéssemos ter privacidade.

Lucca era o primeiro entrevistado, eu estava ansioso para conhecê-lo. Chegando lá, encontrei ele esperando e conversando com outras pessoas. Inicialmente fiquei surpreso pois ele parecia ter uns 12 anos, o que me fez pensar sobre todos os cuidados que eu precisaria ter para conduzir a entrevista, evitando ao máximo potencializar os riscos envolvidos na mesma. Fomos até a sala, perguntei se eu poderia ligar o gravador, e ele consentiu. Comentei novamente da pesquisa e disse que ele podia contar a sua história como bem entendesse.

Ele pediu que eu fizesse uma pergunta pois tinha dificuldade em iniciar sem uma pergunta específica e eu perguntei quem é o Lucca, e ele respondeu **“Piorou... [risos] mas ok... ah... quando**

**eu descobri que eu sou trans? vou começar...**” Achei interessante como ele estabeleceu um marco de contar a sua história de vida a partir do momento em que ‘descobriu que era trans’. Será que há história de vida antes dessa descoberta? Será que para ele a vida começou, de fato, após a transição? Perguntas que me vieram à cabeça, mas que preferi não as fazer para que ele pudesse narrar livremente.

**“Eu descobri que eu era trans quando eu tinha onze anos de idade... porque... eu... quando eu era menor o pessoal achava que eu era sapatão... como o pessoal geralmente acha... porque eu nunca fui feminina, sabe?... nunca fui... eu sempre fui bem sapatão, sapatão mesmo, sabe?... mais masculina... aí todo mundo falava pra minha mãe que eu ia ser sapatão, inclusive minha vó... e eu sabia que tinha alguma coisa de errado... tinha alguma coisa que me incomodava, mas eu não sabia o quê que era até aquele tempo.”**

Na infância e na adolescência as vicissitudes da alteridade começam a ganhar contornos. O sujeito se depara com o outro que interroga, interpela e chancela quem se é e quem se pode ser. Identidade e diferença em seu enlace vão produzindo os iguais e os não-tão-iguais. E no mundo infantil das experimentações, os jovens são exímios em entender que há regras e normas, sobre absolutamente tudo: como falar, como se vestir, como se portar, com o que brincar, que cor escolher, que banheiro usar etc. Nesse trajeto, é possível descobrir que estas regras, ainda que revestidas de um caráter de naturalidade e imutabilidade, são por demais contingenciais. Quebrá-las significa romper com os ditames da igualdade e apresentar-se como um diferente para muitos iguais, e um igual para poucos diferentes.

Ele conta que com 11 anos viveu a pior época da sua vida, entrou em depressão, mas não sabia o porquê. Foi quando começou a gostar de K-pop e de ler fanfics<sup>8</sup>. Lia bastante fanfics sobre o grupo ‘BTS’. A partir das fanfics, descobriu o termo transgênero, identificando-se com as vivências. Aqui está um marcador interessante sobre a descoberta da transgeneridade para as gerações atuais em comparação as gerações anteriores, que muitas vezes só tinham acesso a representações de transexualidade, quando tinham contato com o corpo encarnado de alguém trans, e não necessariamente pelos filmes, documentários, histórias em quadrinhos como é o caso das gerações atuais. Posteriormente, ele começou a pesquisar mais sobre a temática entrando em contato com vídeos que discutiam sobre: **“aí eu olhei aquele vídeo e falei “sou eu” ... aí eu acho que uns dois dias depois eu já sabia que eu era trans, mas foi uma coisa difícil porque eu tive que pensar bastante... e nessa época eu fui no psiquiatra porque, se eu não me engano, eu tava me cortando, e a minha mãe me levou no psiquiatra”**

---

<sup>8</sup> “Fanfic” é um termo que deriva do inglês “fan fiction”, ou “ficção de fã”, designando uma narrativa ficcional escrita e divulgadas por fãs.

Lucca não foi levado ao psiquiatra por ter contado que era trans, como acontece com muitos jovens, ele tinha já a consulta marcada com o profissional e aproveitou a ocasião para contar ao profissional e a mãe que era trans: **“aí eu já cheguei no psiquiatra falando “eu sou trans, cê pode me dar um... uma autorização pra eu começar na testosterona?”** A mãe reagiu positivamente, segundo Lucca ela o aceitou completamente. Já o psiquiatra precisou explicar melhor que o acesso a harmonização tinha algumas regras.

Quando Lucca ingressou no sexto ano do colégio fez amizade com um menino por quem ficou obcecado, pois esse amigo era o único que o chamava pelo nome dele. Lucca relata que viveram uma paixão recíproca entre eles, até que esse colega mudou de escola e não tiveram mais contato.

Por se tratar de um público de jovens, a escola apareceu como um núcleo central na experiência deles, visto que passam grande parte do seu tempo inseridos nesse ambiente. Nas diferentes narrativas, a escola aparece como um espaço muito heterogêneo que possibilita desde encontros amorosos a experiências de abusos.

Nessa época, Lucca se considerava gay, e obcecado com meninos. Questiono como era isso de ser obcecado, e ele respondeu: **“eu era obcecado, eu acho que por ser trans, eu tinha essa visualização dos outros meninos, “ah, eu quero ser igual a você”, então era meio obcecado... coisa que acontece bastante na comunidade trans...”** Nesse ponto, percebemos que gênero e sexualidade, a partir da ideia de masculino, confluem de modo interseccional na experiência dele. Além disso, ser percebido enquanto gay, indica também um reconhecimento anterior que simboliza o masculino.

Retomando o tópico da depressão, questiono se Lucca se lembra do que o fazia sofrer naquela época, ao que ele respondeu prontamente: **“meu corpo”**.

**Nessa época o que me fazia sofrer principalmente era meu corpo, depois que eu descobri que eu era trans, meu corpo me fez sofrer bastante... mas antes também era o meu corpo, só que eu não sabia definir que era o meu corpo e... com o modo como as pessoas me tratavam que faziam me sentir mal... eu sabia que tinha alguma coisa de errado, eu só não sabia o que era isso, me deixava ansioso, mais ansioso do que eu já sou, porque eu sou ansioso desde criança... e mais triste ainda... em todas as... depois, anos depois eu percebi que sempre teve (maus) sinais de que eu era trans porque em toda brincadeira, não importa em que brincadeira era, eu sempre perguntava “eu posso ser um menino?”... então era escolinha eu falava “eu posso ser um aluno menino?” E as minhas amigas deixavam então... já eram sinais de que eu era trans e... me fazia sofrer bastante eu não ter o corpo que o menino deveria ter entre aspas, por ser uma menina entre aspas de verdade, isso me fez sofrer bastante... hoje em dia eu lido melhor com isso...**

Lucca relata que contava os dias para que pudesse começar a usar testosterona, era seu sonho desde os onze anos. Descobriu que com 16 anos, poderia dar início ao tratamento, porém, **“eu descobri que tinha que passar, eu achava que tinha que passar por psicólogo por pelo menos um ano”**. Então Lucca começou a fazer terapia, pois achava que precisaria estar no processo para conseguir acesso a hormonização. Lucca comenta o que ele acredita ser algo comum na população trans **“acho que o pessoal só vai na terapia pela testosterona...”** Essa fala carrega o potencial de visibilizar o lugar que a Psicologia ocupa na vida de jovens trans, um lugar sobretudo de compulsoriedade.

Historicamente a Psicologia agiu na defesa da obrigatoriedade de um protocolo rígido que obrigava as pessoas trans a realizarem acompanhamento terapêutico, defendendo que esta obrigação era uma forma de proteção a saúde deles, todavia, esta posição revela uma leitura da transexualidade como pessoas “transtornadas, portadoras de subjetividades desconectadas com realidade e, portanto, sem condições psíquicas de elegerem. Esta é uma estratégia discursiva que retira a autonomia e não reconhece a condição de sujeitos das pessoas transexuais e travestis” (Bento 2010, p.16). Dito de outro modo, a Psicologia atuou incessantemente nos processos de patologização do corpo, do gênero e da sexualidade.

Na terapia Lucca descobriu que tinha alguns problemas, como por exemplo a ansiedade. A ansiedade aparecia sobretudo na pressão em ter que ir bem na escola, já que tinha o desejo de fazer intercâmbio no Canadá. Lucca relata que o novo ensino médio foi muito cruel com ele: **“era muito injusto, era muito cansativo em vez de... as dez, onze matérias que a gente tinha, do nada vinte e uma matérias... então isso criou uma ansiedade muito maior em mim, eu me esforçava muito... e eu acabei entrando em um estado meio depressivo...”**

Aqui Lucca aponta bem sobre como uma política de educação pode incidir sobre a saúde mental dos estudantes. Ele também conta que tinha medo de usar o nome social na escola pois sempre teve medo de descobrirem que ele era uma pessoa trans. Segundo ele, esse medo vem da mãe que é muito coruja, **“então é mais uma preocupação que vem externa do que uma preocupação interna minha de que alguém vai fazer alguma coisa comigo.”**

Atualmente Lucca usa o nome social na escola, e revela que no começo tinha muito problema entre o nome social e o de registro porque algumas pessoas não respeitavam, ao passo que hoje, ele não liga para qual nome usa, responde por todos. Ainda que já se entendesse enquanto uma pessoa trans há muito tempo, não se sentia seguro para compartilhar a informação. Tinha muito receio de sofrer violências por isso, o que fez com que preferisse não falar a respeito. A cisgeneridade compulsória e seu ‘armário’ funciona como uma faca de dois gumes, ao mesmo tempo em que oferece a proteção de ser reconhecido enquanto um corpo cisgênero, evitando situações de violência

transfóbica, constitui-se como uma situação de violência em que os jovens precisam ocultar-se para permanecerem seguros ou mesmo vivos.

Além disso, é importante salientar que as experiências trans não são contempladas nos currículos escolares. A tentativa da inclusão das temáticas de gênero e sexualidade enquanto estratégia de enfrentamento da violência, do bullying e do preconceito, produzem diversas disputas políticas levadas principalmente ao âmbito judiciário. Como exemplo dessas disputas, podemos citar o projeto político escola sem partido, o famigerado “kit gay”, a luta pela inclusão da linguagem neutra, o direito ao nome social e ao uso do banheiro de acordo com o gênero autodeterminado.

A completa ausência de representações da transgeneridade nos currículos escolares evidencia a produção sobre um “outro” que não se deve conhecer, ver, saber. Apesar das inúmeras tentativas de invisibilização da representatividade nos materiais didáticos ou currículos escolares, os jovens trans materializam tais discussões nesses espaços, produzindo fissuras e reconhecimentos onde antes havia silêncio, mutismo e violências.

Lucca faz Taekwondo e Pole Dance, duas atividades que se dedica bastante e sente orgulho de ser bom nelas. Pergunto como foi fazer duas atividades tão distintas, uma dança e uma luta. Ele conta que sempre quis fazer uma luta, e sua mãe também sugeria que ele aprendesse defesa pessoal. Já o Pole Dance veio como indicação de um amigo que fazia, e desde então se apaixonou pelas atividades. O taekwondo fazia junto com a namorada, e a partir disso ele começa a contar sobre seus relacionamentos.

Por se considerar gay em um determinado momento da sua vida, acabou rejeitando as investidas de uma amiga, Mia, mas posteriormente foi ficando com ela, até que começaram a namorar, posteriormente Lucca foi para uma escola diferente. Nessa época, Lucca morava em uma cidade histórica do interior de Minas Gerais. Assim que mudou de escola, conheceu um menino por quem se encantou, segundo ele, o rapaz tinha um estilo mais alternativo. Se interessou pelo rapaz, que demonstrou reciprocidade. Então Lucca decidiu conversar com Mia:

**Nesse dia eu conversei com a Mia sobre um relacionamento aberto, mas eu acho que a gente já tinha conversado antes sobre relacionamento aberto porque eu tava... naquela época eu tava lendo bastante sobre poligamia... e eu me reconhecia um pouco na poligamia... aí ela disse que tava tudo bem, a gente fez... a gente fez um acordo... cê pode ficar com qualquer pessoa desde que você me conte e o mesmo vale pra mim.**

Aqui temos outro ponto interessante sobre a geracionalidade nos relacionamentos. A vivência amorosa fora do eixo normativo da monogamia é algo que chama atenção, visto que esta possibilidade

não era tão discutida pelas gerações anteriores. Atualmente, a possibilidade de vivenciar formas plurais de organização dos afetos é vivida já em uma tenra idade.

Posteriormente, Lucca terminou com Mía e começou a se relacionar com André, menino que havia se interessado anteriormente. Conta que foi um namoro muito saudável, com quem aprendeu bastante, mas posteriormente terminaram. Ele conta que hoje está namorando com uma menina que conheceu na sala de espera do ambulatório. Na ocasião, a mãe dele e a mãe dela começaram a conversar e Lucca estava muito tímido em puxar conversa com ela, então ele escreveu em seu caderno ‘Oi, meu nome é Lucca’ e mostrou para ela ler. Lucca a convidou para a primeira apresentação de Pole Dance da cidade dele, em um teatro e ela compareceu. Posteriormente, conviveu com ela por 3 meses inteiros, pois passaram as férias juntos. Nesse período começaram a namorar e atualmente conversam até sobre ter filhos. Lucca relata que pensam nas possibilidades visto que o tratamento hormonal pode deixar ambos inférteis, sendo a primeira opção uma fertilização in-vitro e a segunda ele engravidar, mas não se vê tão disposto a isto, pois não gosta da ideia de gestar. Novamente temos mudanças significativas no que tange a geracionalidades. Com o avanço dos direitos sexuais e reprodutivos, Lucca consegue vislumbrar possibilidades de reprodução e de parentalidades que são uma conquista muito recente para o movimento trans.

Lucca relata também uma história de migração em que precisou vir para Belo Horizonte devido a brigas familiares entre sua mãe e seu padrasto. Havia violência verbal e física e Lucca precisava interferir. Sempre que ouvia o padrasto chegar:

**“eu ficava ansioso porque eu sabia que os dois iam brigar... eu acordava no meio da noite escutando os dois brigando... então depois que a gente se mudou, teve um dia que eu tava na casa da minha namorada e eu acordei tendo pesadelo, tipo, que os dois tavam brigando... eu acordei, sabe, em susto assim, sabe?... eu tive dois... dois ou três pesadelos depois que eu me mudei pra Belo Horizonte... tinha vez que eu acordava sete da manhã com medo, eu acordava no susto...”**

Em decorrência das brigas, a mãe de Lucca expulsou o padrasto de casa. Em uma ocasião, o padrasto invadiu a casa deles e Lucca estava sozinho e ficou desesperado, ligou para polícia: **“aí eu pensei “morri, já era”... porque eu que chamei a polícia, ele viu eu chamando a polícia, ele viu meu celular, ele falou “pra quem que cê tá ligando?”**, então ele sabia que era eu que tinha chamado...” No desespero Lucca pegou apenas o celular e a cachorra e correu para fora de casa. Posteriormente, a mãe conseguiu medida protetiva contra o padrasto e foram para Belo Horizonte. No dia seguinte em que se mudaram, o padrasto faleceu. Lucca relata que ficou imensamente aliviado com a morte do mesmo: **“mas eu me senti tão feliz e eu não sinto pesar... porque ele foi um inferno**

**na minha vida... por longos dez anos...**” A experiência de alívio decorrente da morte de uma pessoa próxima normalmente se dá no contexto em que a pessoa próxima estava em um processo de sofrimento muito grande e a morte aparece no horizonte como alívio, ou quando essa pessoa representa a violência encarnada. Na experiência de Lucca, a morte de um familiar não foi, portanto, uma experiência indesejada, pelo contrário, ela aparece como expressão de possibilidade de vida.

Sobre o pai biológico, Lucca relata que ele é empresário e que os dois não tem muito contato, que a mãe foi amante dele e que ele é fruto de um novo relacionamento extraconjugal. O pai acredita que a identidade de gênero de Lucca é uma fase e que vai passar. Já o restante da família, o respeita, sempre se esforçaram para chamá-lo pelo seu nome.

Lucca relata que sua cidade tem muita igreja, pergunto então sobre a questão da religião, ele conta que é agnóstico, que religião não é algo que importa para ele. A posição de Lucca é interessante visto que para muitas pessoas trans a integração entre a identidade/sexualidade com a religiosidade costuma ser um grande desafio.

Posteriormente, percebi que já se haviam passado mais de uma hora de entrevista e não tínhamos conversado ainda sobre a temática do suicídio, então perguntei se teve algum momento da vida que ele teve desejo de se matar, por exemplo, ou havia feito alguma tentativa?

**“Tinha... eu nunca tentei nada tão extremo, por medo... eu não tenho medo de morrer, eu tenho medo de sentir dor... o que muitas pessoas provavelmente têm... então eu me cortava, mas eu sinto que não era uma coisa tão profunda assim, sabe... eu cortava rasiinho... mas eu tenho uma... eu tenho uma marca aqui, quase invisível, mas eu tenho uma marquinha aqui de um corte que eu fiz que foi um pouquinho mais profundo...”**

Lucca comenta sobre os cortes que fizera, e sobre momentos em que desejou estar morto, processos relacionados sobretudo ao corpo:

**“tiveram momentos em que eu queria tá morto, principalmente quando eu não tinha uma autoestima boa, eu odiava o meu corpo completamente, a puberdade me ajudou muito... então tiveram momentos em que eu queria ter nascido em outro corpo, é o famoso queria ter nascido em outro corpo, queria ter o corpo certo entre aspas... hoje em dia, finalmente, me liberei desse pensamento e me sinto bem no meu corpo, mudaram algumas coisinhas, mas me sinto muito bem... sei lidar hoje em dia... eu já cheguei a ter hipótese de tomar remédio, mas o único remédio que eu virei foi um remédio floral, que é aqueles floral, sabe?... que o pessoal passa pra não ter que dar remédio de farmácia, aí eu tomei um vidrinho daquele, não me aconteceu nada, porque com certeza não ia**

**acontecer, mas... e eu sabia que não ia acontecer, por isso que eu virei aquele remédio... era pra ansiedade, eu acho... minha mãe dava pra gente, hoje em dia ela não dá mais, não... foram os únicos momentos... que teve alguma coisinha assim mais...”**

Em seguida, pergunto qual era para ele o significado, tanto dos cortes quanto do movimento de tomar um vidro inteiro de floral e ele relata que não sabe, mas que acha que era para tirar a ansiedade, pois sofria muito com ela. Não se sentia bem consigo mesmo, então tentava infringir a dor em si mesmo, para ver se algo mudava. Pergunto a ele se isso o ajudava em algo: **“Não sei, acho que não... acho que eu só fazia por esporte às vezes...”**. Pergunto a Lucca se, atualmente, isso ainda acontece, e ele me conta que parou depois que conheceu o primeiro amigo do início do relato, pois a partir dali ele se entendeu e se aceitou. Destaca-se, portanto, a importância da rede de apoio na vida dele, da possibilidade de pertencimento, de um entendimento de não se estar só e de ser possível ser amado pelo outro sendo quem se é. A partir disso, foi possível obter o suporte necessário para se expressar, se entender e se acolher, reduzindo assim as experiências de autolesão.

Enquanto horizonte de futuro, Lucca relata que quer ser psicólogo, pensa inclusive em fazer um mestrado mais voltado para pessoas LGBTQ+ e neuro-divergentes, pois tem um irmão autista. Um ponto interessante, visto que o início da sua trajetória com a psicologia foi marcada não necessariamente pelo desejo mas sim pela compulsoriedade. Todavia, ao longo da trajetória, o lugar que a Psicologia ocupou em sua vida pode ser reelaborado, sendo atualmente, uma possibilidade de profissão, o que revela o lugar especial que esse campo adquiriu na vida de Lucca.

Encerramos a entrevista e convidei-o para lanchar, já que tínhamos conversado por mais de uma hora e meia. Ele aceitou, fomos até a lanchonete, e continuamos conversando sobre várias coisas. Na hora de ir embora, ele não queria que eu pagasse o Uber pois ele gosta muito de andar de ônibus. Como eu fiquei preocupado, decidi acompanhá-lo até a estação, já que ele teria que pegar dois ônibus.

Fomos conversando, e uma das lembranças que tenho dessa conversa é dele falando sobre a importância do ambulatório na experiência de vida dele. Ali ele conseguiu receber o apoio em saúde que precisava, além de conhecer a sua namorada atual. Lucca parece um garoto cheio de vida e de esperanças, sendo, felizmente, o oposto do que eu imaginava encontrar na minha primeira entrevista.

## **Noah**

“demorei para entender que aquilo não era certo”

Conheci Noah em um dia que estava acompanhando os atendimentos no Ambulatório de Acolhimento em Diversidade de Gênero para Crianças e Adolescentes. Noah aguardava na fila de

espera. Perguntei se ele gostaria de conversar um pouco antes de ser chamado pela médica para ser atendido, ele topou. Na ocasião, expliquei sobre a pesquisa e perguntei se ele gostaria de participar. Ele aceitou. Peguei o seu contato para combinarmos uma data para a entrevista.

Noah atualmente tem 16 anos, é negro, tem olhos puxados, cabelos curtos e liso na altura da orelha, e tem um piercing na boca. Ele conta que cresceu morando com os avós. Sua mãe e seu padrasto moravam próximos dos avós, de modo que Noah sempre podia estar próximo da sua família. Na casa dos avós ele tinha muitos brinquedos, muitas roupas, e **“era tratado como uma princesa”**. Ele gostava muito de boneca, especialmente da Barbie, e não se envolvia tanto nas brincadeiras de meninos. Uma narrativa deveras diferente do que comumente se espera de crianças trans, visto que a identificação com brinquedos e brincadeiras do gênero oposto aparece como condição de classificação da Incongruência de Gênero na Infância, como constatada na classificação do DSM V F.64.2 – Item 4 – Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos pelo outro gênero; Item 5 – Forte preferência por brincar com pares do outro gênero.

Na contramão dos manuais, Noah aponta que crianças trans gostam de experimentações, podendo incluir atividades que são consideradas como atividades do gênero oposto ao qual se identificam e isso não as torna cisgêneras nem ‘menos trans’ (Bagagli, 2021), pelo contrário, isso apenas ressalta **o fenômeno da patologização das brincadeiras infantis**.

Depois de um tempo morando com os avós, com aproximadamente 10 anos, decidiu ir morar com a mãe pois sentia falta dela. Na casa da mãe, Noah dividia a atenção com outros sete irmãos e vinte gatos, e não podia ter o que queria quando queria, de modo que precisou ir se acostumando a dividir as coisas. O retorno para a casa da mãe se deu sobretudo, pelos preconceitos da avó.

A respeito de amizades, Noah conta sobre sua melhor amiga Carol, com quem fazia praticamente tudo junto, faziam festa do pijama e brincavam no *playground*. Além da amizade com Carol, ele relata que a família dele era amiga da família de Carol. Aqui começamos uma das partes mais longas do relato de Noah e que ainda repercutem nele. Com as constantes idas a casa de sua amiga, Noah começou a achar o pai da Carol estranho, visto que ele ficava observando Noah e as meninas brincarem e sempre usava de uma proximidade física com Noah, que não sabia como reagir: **“E, assim, mesmo que eu não sabia que aquilo era muito errado, eu sabia que também não era certo, né... sobre vim e passar a mão no seu corpo”**. Noah relata uma situação em que estavam brincando em uma piscina de bolinha, o pai da sua amiga estava observando-os, e eles acharam estranho. Decidiram mudar de lugar, mas o pai ia atrás deles. Ele relata que o pai da amiga estava fazendo algumas coisas obscenas enquanto ficava os observando.

Noah tinha aproximadamente doze anos e não sabia ao certo como lidar com esses acontecimentos. Além disso, como o pai da amiga também era amigo da mãe e do padrasto de Noah, ele tinha receio de comunicar o que vinha acontecendo. Noah conta que tinha muito medo de contar

para mãe: **“eu acordava no meio da noite só pra poder chorar... eu chorava bastante e, assim, eu tinha medo de contar pra minha mãe, de ela não acreditar em mim, falar que eu tô inventando.”**

A respeito de abuso sexual contra crianças e adolescentes, é sabido que muitas vezes o abusador é uma pessoa próxima da vítima, o que dificulta para a criança não conseguir julgar se o que a pessoa está fazendo, é certo ou errado. Além disso, podemos trazer a importância do debate sobre educação sexual nas escolas como estratégia de prevenção dos abusos, pois se em grande parte tais situações acontecem no seio da família, não é nesse lugar que elas serão educadas para conseguir evitar ou mesmo denunciar esta situação.

Noah relata que a situação em que o pai da amiga ficava observando-os enquanto fazia coisas obscenas durou por dois meses e **“e nesses dois meses eu lembro que eu passei muito, muito mal... algumas vezes eu até cheguei a fazer cortes no meu braço.”** Foi nesse período que as autolesões começaram, penso que nesta situação o sofrimento vazava pelo sangue e pelo corpo, e não pela boca, visto que ele não conseguia exprimir o sofrimento em palavras, pois nem mesmo ele entendia ao certo do que se tratava: **“depois que eu fui entender que aquilo era delicado, eu demorei dois meses pra entender que aquilo não era certo e que aquilo me incomodava muito...”**

Um tempo depois, não mais suportando a situação, Noah decidiu relatar para os familiares e irmãos o que estava passando. Relatou que o sujeito em questão (chamado aqui de vizinho) era o pai da sua amiga, uma pessoa conhecida por todos os familiares de Noah. **“Eu lembro que nesse dia eu chorei tanto pra poder falar com a minha mãe, mas eu chorei tanto... e, assim, ela ficou com raiva, não por eu não ter contado... ter contato pra ela, mas sim por causa dele, porque, assim, era bastante amigo, sabe?”**. A mãe de Noah acreditou em seu relato, diferente do padrasto que ficou incrédulo com a notícia alegando que o conhecia e que sabia que ele não era capaz de fazer isso. Para Noah foi horrível ter sua narrativa desacreditada, pois naquele momento seus receios se materializaram na descrença do padrasto. Todavia, a mãe o apoiou e foi a até a casa do vizinho para confrontá-lo. O vizinho disse que era tudo mentira que Noah estava inventando que ele nem ficava em casa, que vivia trabalhando... **“ainda bem que a minha mãe, ela acreditou em mim, ela sabia que eu não tava mentindo”**. A família denunciou o vizinho à polícia.

Noah conta que esse episódio deixou profundas marcas em sua subjetividade, e ainda hoje gera repercussões difíceis de lidar. Segundo ele, esse acontecimento estragou a vida dele, fazendo que ele tenha medo de sair na rua, medo de chegar perto de outras pessoas, medo de ir à casa dos amigos, **“e... confesso que eu tenho um pouco de nojo do meu próprio corpo”**. Para Noah, o abuso **“foi uma das coisas que mais me fez pensar na morte...”**

A literatura informa sobre um tipo específico de violência da qual sofrem muitas mulheres lésbicas e homens trans, o estupro corretivo. Na maioria das vezes, essa violência é realizada por um ou vários membros da família. Justamente por ocorrer nesse ambiente de proximidade entre a vítima

e o agressor, a denúncia costuma ser dificultada. A relação entre suicidalidade e abusos sexuais também foi constatada, a pesquisa de Grant et al. (2011) demonstrou que 64% das pessoas trans que sofreram abuso sexual tentaram suicídio.

Ele conta que finalmente, após anos, saiu a sentença do abusador. No processo, descobriram que Noah não foi a única vítima, havendo várias outras meninas e meninos do mesmo condomínio que ele. Posteriormente, Noah começa a contar sobre seu processo de transição. Noah conta que tem uma irmã trans de 10 anos. Então de certo modo sua família lidou com a temática antes dele precisar conversar, mas não é como se isso tivesse facilitado para ele. Depois da irmã ter contado sobre a transgeneridade, ele ainda demorou um ano para contar para sua mãe, mesmo ela tendo aceitado e apoiado a irmã.

No seu próprio processo, ele começou a pesquisar vídeos sobre pessoas trans com bastante medo pois ficava se questionando **“e se o meu pai vê isso?”** A relação com o padrasto segundo ele não era saudável, ele tinha muito medo dele e acha que esse foi um dos motivos de não ter contado antes para sua mãe o que sentia em relação ao seu gênero. As mesmas relações de apoio e de desamparo que se criaram na relação com a irmã desde que ela afirmou sua identidade de gênero se estabeleceram para Noah, que teve o apoio da mãe, dos irmãos e o desamparo da avó com quem cresceu, bem como do padrasto.

Noah começou pedindo para a mãe o chamar no masculino. **“mãe, cê pode me chamar de menino? ... A tia falou assim que isso era só modinha minha, que eu só tava fazendo isso pra chamar atenção... que eu não era trans coisa nenhuma.”** O pai também disse a mesma coisa quando Noah pediu que ele não o chamasse mais pelo nome de registro. No dia em que ia fazer a carteirinha com nome social, conforme tinham combinado com a mãe, Noah e sua irmã pediram ao pai que os acompanhasse, já que a mãe não poderia ir. O pai questionou sobre quem tinha autorizado, dizendo que eles não tinham esse direito e que ia processar a mãe deles por permitir tal coisa, que ia levá-la na justiça. **“[...] e, assim, depois disso eu (ri) pra cara dele... e, assim, ele falou assim “a partir de hoje você não me chama mais de pai” ... aí eu falei “tá bom”.** Como a convivência entre eles não era muito boa, para Noah não fez diferença.

Quando falamos de trajetórias de jovens trans, a família desempenha um papel fundamental no acesso a políticas de afirmação de gênero, que também necessitam do consentimento dos familiares e/cuidadores para se efetivar. São os familiares que levam (ou se recusam a levar) os jovens aos ambulatórios para que possam ter atendimento integralizado à sua saúde. Na trajetória de Noah, vemos que parte da sua família foi receptiva a incluir tanto ele, como sua irmã trans nos cuidados de afirmação de gênero. Em contrapartida, o padrasto apresentou-se como resistência a esses processos, buscando impedir a realização de um documento de identificação em que constasse o nome social

dos jovens. Além disso, simbolicamente, retirou-se da paternidade em um movimento de rompimento de filiação simplesmente pelo seu filho ser trans.

Ainda relatando sobre a transição, Noah conta que namorava um menino que, segundo ele, tinha comportamentos tóxicos. Noah sempre usava cabelo grande, mas estava decidido a cortar bem curtinho, raspado nas laterais, inspirado em alguns artistas de K-pop. A mãe permitiu, e disse que ele poderia fazer o que quisesse com o cabelo, mas o namorado disse que **“se eu cortasse meu cabelo, eu ia parecer um menino e que a gente ia terminar... e isso também me deixou muito mal... o que me fez recorrer às vezes aos cortes no braço e às vezes na coxa”**. Apesar disso, Noah decidiu cortar o cabelo e terminaram o relacionamento poucos dias após.

Pergunto qual era o significado que o ato de se cortar tinha para ele: **“Assim... no momento que eu me cortava, era muito... era um alívio... não sei, acho que você sentir uma dor diferente daquela que você sentia era melhor... e, sei lá, acho que eu tinha pavor de tá sozinho de novo”**. De acordo com a literatura, o comportamento de autolesão ocorre em diversas faixas etárias, sendo predominante no sexo feminino (Klonsky et al., 2015). Todavia, nas histórias de vida relatadas, a autolesão incidiu mais na experiência dos jovens transmasculinos, sendo as experiências transfemininas mais caracterizadas por múltiplas tentativas de suicídio.

Questiono também se, nesse processo, havia para ele intenção de morte, buscando compreender em que medida eram autolesões com ou sem ideação suicida, ao que ele responde, **“algumas vezes sim”**. Noah relata um sentimento de alívio que vinha acompanhado de culpa, por estar fazendo aquilo consigo mesmo, **“se eu pudesse, tipo, ter pedido ajuda, não teria acontecido isso...”** Ele conta que o sofrimento que o fazia recorrer aos cortes estava relacionado ao processo de abuso, e também à sua relação com o pai biológico, de ter ficado várias vezes sozinho, e às vezes pra se distrair de pensamentos de não ser suficiente, de não ser capaz, de se achar um peso para sua mãe.

Sobre o pai biológico, ele conta que certo dia a mãe encontrou o perfil do pai dele no *Facebook*, e aí marcaram de se encontrar no *McDonalds* para comer um sanduíche. Se encontraram nessa ocasião, para Noah, foi legal e estranho ao mesmo tempo. Esse foi o único contato que tiveram,

**Porque várias vezes que ele falava que ia... que a gente já marcou de sair várias vezes e todas as vezes que ele falava que ia me ver, ele nunca ia e sempre me deixava lá plantado na frente do McDonald's com a minha mãe e eu sempre chorava... e isso me deixava bastante triste porque... parecia que ele tava me fazendo de bobo... mas aí depois de um tempo a gente perdeu o contato novamente, e aí a gente não conversa mais.**

A paternidade ausente é um dos elementos centrais das masculinidades hegemônicas, que são socialmente legitimadas no ato do abandono parental como algo que é característico e natural do

“homem”. Diversos são os impactos dessa ausência para as crianças e adolescentes. Para Noah em específico, a partir do seu relato, vemos que tal abandono é vivenciado como um dos motivos do seu comportamento suicida.

Quando conversamos, fazia pouco mais de um ano que Noah havia iniciado a transição e, nesse processo, conheceu um amigo também transmasculino, que tem o ajudado bastante. Conta com orgulho que já faz algum tempo que ele parou com os cortes e, quando pergunto o que houve para que ele parasse, relata que tanto essa amizade que fizera, quanto o fato de estar trabalhando como jovem aprendiz e de ter iniciado a transição ajudaram bastante: **“mas esse processo de transição, por mais que esteja demorando um pouco... sei que tá me ajudando bastante eu sei que logo logo essas coisas que me incomodam vão mudar... tipo, as partes que eu não gosto vão ir embora e que vai ficar tudo bem.”**

Por último, conversamos sobre os planos de futuro de Noah, que sonha em morar na Coreia, lugar pelo qual ele é apaixonado. Já tem se programado para tirar passaporte, pensa em ir para lá com visto de estudante fazendo inúmeros planos sobre essa mudança. Pensa em estudar sobre arte coreana, mais especificamente sobre dança, sendo fã de K-pop, o estilo musical em que se inspira. A conversa sobre a Coreia com ele teve um outro tom, ao contar sobre isso sua entonação foi diferente do restante do relato de sua vida, contou bastante animado sobre seus planos. Ao ouvi-lo, penso na importância desse horizonte de futuro enquanto esperança que nos liga ao aqui-e-agora e a vida. Encerro a entrevista e, em seguida, pesquisei sobre as possibilidades de encaminhar Noah para um acompanhamento psicológico, visto que ele havia demonstrado interesse, mas não tinha como arcar com os custos, na esperança de que ele consiga cicatrizar as feridas abertas que relatou.

## Rose

“sem ele eu não estaria viva”

Rose é uma adolescente trans de 17 anos, branca, cabelo liso um pouco abaixo do ombro, olhos castanhos, usa óculos de grau. Nosso primeiro encontro se deu no ambulatório e na ocasião, ela foi para o atendimento de rotina junto da sua mãe. A médica me convidou para participar do atendimento dela, e me apresentou para ambas, já comentando da pesquisa e convidando-as. Rose e sua mãe consentiram em participar. Enquanto a médica imprimia alguns exames para Rose, pediu que eu conversasse com ela. Como a mãe dela estava na sala, expliquei sobre a pesquisa para ambas, e a mãe disse que seria muito bom para ela falar sobre - tentativas de suicídio - e Rose riu. Ela conta que é ilustradora digital e me mostra alguns desenhos que produziu. Seus desenhos têm uma estética anime e Furry, que mesclam sua paixão por raposas e pela cultura oriental. Em um desses desenhos,

ela mostra uma menina meio raposa segurando uma faca no pescoço, e conta sorrindo que era um desenho sobre suicídio. Abaixo segue um autorretrato ilustrado por ela.

Figura 1 - Autorretrato Rose



Fonte: Arquivo Próprio

Marcamos nossa conversa online, pois Rose disse que seria mais fácil para ela nessa modalidade. Novamente expliquei sobre a pesquisa e pedi que ela me contasse sobre sua história. Ela começa relatando sobre ser criança e ficar esperando essa idade em que seria uma garota, em que aconteceria essa transformação. Conta que depois de um tempo, “**essa fantasia virou um desejo**”. Ela diz que é muito tímida e conta de uma amizade que tinha quando era mais nova, com uma pessoa a quem era muito apegada, mas com o tempo esse amigo foi conhecendo outras pessoas e foi

deixando-a de lado, marcando compromissos e não comparecendo, ou indo jogar com os novos amigos que fizera. Rose sentiu-se traída e ficou muito mal. Perguntei se ela fez outros amigos nesse período e ela relata sobre a dificuldade de fazer amigos pois sentia que **“eu não pertencia a nenhum lugar, que eu não conseguia encontrar algum grupo que eu pudesse me sentir que... que eu pertencia lá que eu era parte desse grupo... eu sempre fui a pessoa, esse, no grupo... a pessoa que foi piada”**. Esse sentimento de não-pertencimento é algo que se destaca na fala de Rose: **“eu nunca encontrei um grupo que eu me senti tão bem-vinda assim”**. Rose relata que não tem convivência com pessoas trans também. O pertencimento diz respeito a sensação de fazer parte de algo maior, seja um grupo, uma comunidade, uma família. Nesse sentido, o pertencimento é um elemento chave na ideia de identidade coletiva.

O não pertencimento é uma característica amplamente debatida na literatura sobre transexualidade a partir da ideia de não pertencimento ao sexo biológico. Enquanto fenômeno social, o não pertencimento encontra suas expressões mediadas pela transfobia como a violência que demarca e assegura os limites das fronteiras de gênero. É importante salientar que estar rodeado de pessoas não garante o pertencimento, visto que pertencer, tem a ver com se sentir acolhido e compreendido. O sentimento de pertencimento colabora na prevenção de alguns problemas de saúde mental, como a depressão, a ansiedade e comportamento suicida. A falta de pertencimento, portanto, pode ocasionar baixo suporte social e aumento dos casos de depressão e pensamentos suicidas, provocando um desenraizamento do sujeito do seu tempo, das suas relações e de um sentido de vida. É importante considerar que, apesar de ser um sentimento vivenciado pelo indivíduo, a falta de pertencimento não pode ser entendida apenas como uma falta de capacidade da pessoa para integrar-se, culpabilizando a mesma. É preciso considerar a dimensão dialética dos processos de exclusão estruturais.

O não pertencimento trouxe para Rose a solidão e a crença de que **“não consigo me machucar por causa de outro se eu não fizer amizade com ninguém”**, frase que se tornou uma espécie de mantra para ela, revelando o distanciamento como estratégia de evitação de sofrimento. “Do que me resta ficar neste mundo se eu não pertencço a ele?” (Lúcia citada por Navasconi, 2022, p.161).

Posteriormente, Rose conta sobre um amigo virtual, chamado Liam que mora nos EUA, o qual conheceu em um jogo online quando tinha 13 anos, em 2019. Essa amizade foi evoluindo e em 2021 eles começaram a namorar. Atualmente Liam tem 30 anos, e a diferença de 13 anos de idade entre eles sempre foi uma preocupação para Rose que escondia a relação dos pais com medo da reação deles. Ela relata que foi somente quando começou a transição que se sentiu mais segura de se expor para Liam, passando a fazer chamadas de áudio e de vídeo com ele e **“coisas mais picantes”**.

Quando os pais descobriram a relação entre Rose e Liam, instalou-se um conflito, principalmente por parte do pai. Os pais de Rose são divorciados e ela encontrava o pai em média

uma vez por mês, relatando que eles têm uma relação complicada na qual ela se sente extremamente ameaçada pelo pai. Certo dia a avó comentou que o pai estava chamando-a no portão. Ao chegar lá, o pai pediu que ela entrasse no carro para que eles pudessem conversar. Ela relata que nesse dia sua intuição dizia que isso não daria certo, pois estava até arrepiada. Ela disse para o pai que conversaria com ele se fosse em casa. O pai disse que estava espionando o celular dela e que viu tudo que eles fizeram de errado, que o Liam usava imagem falsa para manipular ela e que ia chamar a polícia para ele. Rose começou a entrar em pânico implorando para ele não fazer isso. Rose começou a chorar e começaram a discutir, o pai ameaçou cortar os remédios da transição de Rose, pois achava que ela não tinha discernimento suficiente para poder decidir sobre isso. Nesse momento Rose disse:

**pai, eu tenho depressão, eu tenho muito pouca vontade viver eu realmente não vou ter vontade nenhuma, vou acabar cometendo suicídio... aí ele foi sem paciência até a cozinha e... pegou uma faca e ameaçou de me matar com a faca... falando, tipo, que se eu realmente tenho vontade morrer, que ele vai me matar no momento...**

Na ocasião Rose correu para o banheiro, e mandou mensagem para a Mãe pedindo socorro, e enrolando o máximo possível para não sair do banheiro. Quando a mãe chegou, os pais conversaram entre si, e decidiram proibir Rose de conversar com Liam. **“Achei que era o fim pra mim”**. Mas decidi que ia dar um jeito de continuar conversando com ele, criando conta falsa, escondendo as conexões, e conversando com menos frequência. Eventualmente a mãe descobriu e pediu que ela explicasse o que era essa relação. A mãe entendeu e permitiu a relação desde que ela pudesse monitorar. Rose relata que essa situação toda instalou um trauma nela, e que ver o pai dispara crise de ansiedade, chegando às vezes a chorar.

Peço que ela conte mais sobre essa dificuldade de viver que ela havia comentado e ela diz que **“essa energia de querer estar viva é que não existe em mim”**, que a maior parte da energia positiva dela de não querer cometer suicídio é culpa, de não querer deixar os outros para trás e nem perder quem ama, **“do jeito que o mundo tá... não há muito motivo pra você querer viver...”**

Na literatura científica, utiliza-se o termo *“coming out”* ou sair do armário para designar o processo de afirmação da sexualidade ou identidade de gênero de uma pessoa dissidente. Em um estudo com 291 pessoas autodeclaradas gays, lésbicas ou bissexuais, concluiu-se que o momento de maior risco de planejamento e tentativa de suicídio ocorre durante o processo de *“saída do armário”* para a família (Igartua et al, 2003; Weber-Gilmore et al., 2011 apud Antunes, 2016). Já a pesquisa de Martha Helena Teixeira de Souza et.al (2015) realizada com travestis em Santa Maria (RS) aponta que o momento de *‘revelação’* da identidade de gênero, constitui-se como um dos momentos de maior tensão na relação familiar, em virtude de a família ser um dos primeiros espaços de rejeição e de

violência da trajetória de pessoas trans. Embora o que esteja em jogo na experiência de Rose não seja necessariamente a revelação da sua identidade nem de uma sexualidade dissidente, mas sim o momento de revelação da sua sexualidade com alguém mais velho, percebemos que é na intersecção entre gênero, sexualidade e geração que suas relações familiares são desestabilizadas, provocando nela sentimentos ansiogênicos e comportamento suicida.

O que está em jogo nessa cena é sobretudo a possibilidade de uma jovem de 15 anos (na época) poder consentir sobre viver uma relação com alguém mais velho. O consentimento tem sido descrito como o principal critério utilizado na atualidade para definir práticas sexuais boas e más, saudáveis ou disfuncionais, criminosas ou não. Diversos autores apontaram a centralidade do consentimento na regulação da sexualidade na contemporaneidade, tanto na arena política quanto jurídica (Vigarello, 1998; Lowenkron, 2007, 2015; Borrillo, 2009; Carrara, 2012).

Laura Lowenkron (2015), problematiza a ideia de consentimento e as tensões entre consentimento e vulnerabilidade, partindo da premissa que estes termos não devem ser entendidos de forma autoevidentes, mas como construtos sociais e políticos. Para a autora, a noção de vulnerabilidade possibilita desconstruir a centralidade do consentimento na regulação social e jurídica da sexualidade e da vontade, visto que muitas escolhas se dão em contextos e relações assimétricos de opressão e dominação.

Nas interações sexuais com menores até certa idade, a violência é reconhecida independentemente da presença ou ausência de consentimento, como se verifica no artigo 217-A do Código Penal brasileiro, que define o crime de estupro de vulnerável como “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”. Observa-se que praticar qualquer ato sexual com menores de 14 anos corresponde ao crime de estupro, ou seja, a uma relação sexual não consentida e, portanto, a uma violência sexual. Isso significa que, até certa idade, o menor é visto como **objeto** e nunca como **sujeito** em uma relação sexual (ainda que a idade específica definida na lei possa ser objeto de controvérsias), isto é, sua vontade e sua agência não são consideradas juridicamente válidas e, por isso, são tuteladas (Lowenkron, 2015, p.234)

É importante salientar que em outras condutas sexuais como a prostituição e a pornografia, a idade de consentimento na legislação brasileira é mais elevada (18 anos). Vemos assim que a menoridade é um elemento importante para invalidar o consentimento, sendo representada como uma forma de vulnerabilidade que desconstrói a autonomia e a vontade em decorrência de uma imaturidade (Lowenkron, 2015).

Não é o objetivo dessa pesquisa aprofundar tais discussões,<sup>9</sup> mas sim destacar que a idade cria condições de inteligibilidade para o que consideramos como humanos, nas palavras de Pocahy (2011, p.197) “o que pode uma vida com sua idade?” Assim como o gênero, a idade pode ser entendida como um dispositivo com efeitos performativos, como algo que os sujeitos devem se tornar continuamente por meio da estilização repetida de atos (Lowenkron, 2016; Pocahy, 2011). Neste trabalho, o entrecruzamento dessas categorias (juventude, menoridade, consentimento e vulnerabilidade) adquirem uma complexidade ainda maior, pois é nesse entrecruzamento que Rose nos conta que estão suas possibilidades de vida, afirmando que sem o seu parceiro ela não estaria viva.

E sobre a relação com a religião, Rose se diz atéia e comenta não acreditar em céu nem inferno, vendo a morte como um silêncio eterno, relatando em seguida gostar muito do silêncio. A morte não é algo assustador para ela, mas um descanso eterno depois de viver. Em seguida ela conta que acredita em vida após a morte, rindo e se perguntando sobre como acredita então que a morte não é nada, visto que acabara de se contradizer.

Quando pergunto sobre as tentativas de morte, Rose conta que fica com raiva porque todas as vezes que tenta acontece alguma coisa que contém a crise e previne que ela morra. Já chegou a querer se suicidar e a colocar uma faca no pescoço, mas quando foi pegar a faca pra tentar, segurando-a direto no pescoço e apertando, sentiu-se mal, pensou melhor e desistiu. Nesse ponto, temos um exemplo claro da ambivalência, característica muito discutida no comportamento suicida que denota o continuum entre querer morrer e querer viver de outra maneira, sem o sofrimento que lhe aflige. Em outras quatro tentativas tentou-se enforcar com as próprias mãos: **“a primeira vez eu entrei em pânico e meu cérebro me fez largar... a segunda foi parecida, mas não consegui perder o fôlego mesmo me enforcando... a terceira, a dor foi demais, e eu tive que largar por causa que doeu demais... e a quarta foi a mesma da primeira, meu cérebro entrou em pânico e me fez largar”**.

Rose relata também outras tentativas a partir de cortes nos pulsos: **“eu posso tentar fazer sangrar até a morte... e então eu tentei cortar a minha veia, do mesmo jeito que eu fiz os cortes... tenho até as cicatrizes”**. Apesar de sentir a dor da veia sendo cortada, diz que não sangrou nada. **“eu cortei algo, só que esse algo não era a minha veia”**.

Já sobre ideação suicida, Rose relata que **“já no pensar de me matar, isso é algo que é hiper frequente pra mim... toda vez que eu vejo uma faca afiada ... toda vez que eu vejo alguma corda que parece forte suficiente pra me suportar... toda vez que eu vejo um lugar pra poder pular... eu sempre senti essa sensação de querer me matar...”** Rose conta sorrindo que o seu suicídio ideal

---

<sup>9</sup> Para maiores informações sobre o entrecruzamento das categorias consentimento e vulnerabilidade ver o trabalho de Laura Lowenkron (2015; 2016).

seria pular na trilha do trem: **minha intenção é pular lá na trilha do trem, e ser atropelada pelo trem... esse é meu suicídio ideal**". Ela conta isso sorrindo, o que me faz pensar sobre o sentido de morte ideal e a esperança que acompanha a ideia da morte como o fim do sofrimento. Nesse sentido, o suicídio aparece como um ato de desesperança (de que as coisas mudem por outras vias) e ao mesmo tempo de esperança, de que todo o sofrimento finde.

Perguntei a Rose se ela se lembra do que ela estava sentindo antes das tentativas, ela conta que a autoestima era baixíssima e **“eu sentia uma sensação, tipo, apatia, de que nada vale a pena, de que não tem motivo pra mim tá aqui, que eu sou um merda, coisa assim, sabe?”** Além disso, pergunto se ela chegou a procurar ajuda antes das tentativas, e ela relatou que conversa com Liam e que ele a ajuda a se acalmar, a se sentir melhor, **“Eu não acho que eu estaria viva sem ele”**. Essa fala elucida a importância dessa relação para ela, pois é a partir dela que o sentimento de sentir-se amada como se é aparece. Ela conta que a transição tem ajudado a melhorar a autoestima e que tem uns sonhos que a mantém aqui (viva). Sobre esse horizonte de futuro, ela relata que quer se casar com Liam, formar uma família com ele e morar no Japão. Quando pergunto se ficou faltando alguma coisa sobre a história de vida de Rose que não tenha contado, ela finaliza dizendo que faltou falar da obsessão dela por gatos e que tem uma gatinha que ela trata como filha, que está sempre junto dela.

**Figura 2 - Ilustração Rose**



Fonte: Arquivo Pessoal

Acima temos outra ilustração de Rose, compartilhada com a seguinte legenda: “TW // Suicide  
"A feeling that won't fade away, a pain that haunts me at every moment... If I jump from here, that  
will end, I'll have peace... Goodbye world."

## Angel

“com nove anos eu tentei me matar pela primeira vez”

Angel foi até o ambulatório para uma consulta de rotina. Neste dia, foi acompanhada de sua mãe e de seu pai. Após a consulta, a médica pediatra perguntou se ela gostaria de participar de uma pesquisa sobre história de vida de pessoas trans, ao que ela topou.

Ela é uma adolescente de 16 anos, branca, cabelo loiro/ruivo, com algumas tatuagens. Trabalha como manicure. Pergunto a ela se podemos começar, pego o gravador e dou início a entrevista. Peço que ela me conte sobre sua vida, da maneira que desejar. Ela começa contando sobre nunca ter sido criança ‘normal’, sabia que era diferente dos outros e isso era fonte de medo e de angústia. Ficava sozinha e isolada por conta dessa diferença. Na sua primeira fala, ela começa a relatar algo que posteriormente fui percebendo que se tratava de uma experiência de abuso. Na época ela tinha aproximadamente 8 anos, e ajudava as outras crianças com as tarefas na biblioteca da escola. Estava no processo de ajudar um coleguinha, e durante a aula, o mesmo pediu para ir ao banheiro, e ela permitiu. Um tempo se passou e ela percebeu que o coleguinha estava demorando muito para voltar, e decidiu ir atrás dele. Chegando no banheiro, ela percebeu que tinha um monte de meninos de 16, 17 anos que fecharam a porta de saída e estavam com o órgão genital exposto, eles fecharam a porta atrás dela. Ela gritou e socou todos eles, disse que essa foi a maneira que a mãe dela a ensinou a lidar com esse tipo de situação.

O acontecimento não teve nenhuma repercussão, pois segundo ela, a escola entendeu o episódio como ‘brincadeira de criança’. Ela conta com dificuldade essa parte de sua vida, chegando a relatar que seu **cérebro desliga quando ela lembra desse episódio**. Em razão disso, preferi não tirar nenhuma dúvida a respeito desse acontecimento, deixando que ela seguisse contando livremente.

Angel se envolvia em diversas brigas e discussões com os professores para que pudesse usar o banheiro feminino, e alguns faziam questionamentos do tipo, “**mas você não é homem?**” Ao que

ela respondia afrontosamente: **“não!”**. Todavia, isso não era suficiente para que o seu acesso ao banheiro feminino fosse permitido. Ela sofreu bastante violência na escola por ser uma criança afeminada, tanto por parte dos professores, quanto dos alunos.

O processo de ser entendido enquanto diferente dos demais no ambiente escolar envolve uma série de desafios, como a possibilidade ou não de utilização do nome social, do uso do banheiro de acordo com o gênero, do acolhimento dos estudantes, professores e funcionários. No relato de Angel, demonstra-se a incessante luta para ser reconhecida, como também a violência daqueles a quem era esperado protegê-la: **“eu estava na escola, e um professor passou a mão na minha genitália pra ver o que eu tinha entre as pernas. Ele me chamou no masculino e eu xinguei ele várias vezes, inclusive vou entrar com processo, pela transpasse inclusive, vou entrar com processo sim”**.

Em seguida, conta que tentou se matar aos 9 anos com um estilete, apontando para o braço, diz que por ter sua veia azulzinha, de fácil visualização ficava mais fácil. Foi encaminhada para a Psicóloga e relata que a mesma ficou achando que tal tentativa era pelo fato dela ser gay (ser vista como um menino gay), por ela brincar de boneca. Busquei entender mais sobre essa primeira tentativa e perguntei se ela se recordava de estar sofrendo por algo naquela época. Ela começa a responder que **“para uma criança, entender que você é estranho não porque é gay, mas porque pode ser uma menina é um muito pesado”**. Ela não sabia o que era trans, para ela, **“ver aquele ser vulgar uma travesti, era um horror, uma aberração.”**

Esse processo dinâmico de entender que seus desejos não correspondem ao pré-estabelecido envolve um assassinato e um renascimento simbólico. Matar o que se acreditava ser, o que acreditavam que se tornaria, matar as expectativas, as próprias e as de outrem. Matar quem se era, para se tornar quem se é. O processo de descobrir-se “diferente” envolve, portanto, uma série de mitologias de morte que podem ou não serem assimiladas em uma narrativa posterior. O nome morto<sup>10</sup> pode representar, por exemplo, a morte da norma em um processo simbólica para um possível renascimento.

De modo paralelo, podemos refletir sobre a necessidade do processo de luto da cisgeneridade que acompanha a transição. Tal luto reflete a morte das expectativas sociais e principalmente familiares, do que seria o gênero do sujeito. O processo de luto não diz respeito apenas a morte da cisgeneridade esperada pelos outros, mas também, aquela introjetada por todos nós e, neste sentido, pode ser o luto do que o sujeito tinha como expectativa para si próprio. Além disso, tais processos podem acontecer de maneira conjunta, quando o sujeito se “descobre” dissidente em termos de identidade de gênero, e de sexualidade, nos casos em que a pessoa trans não é heterossexual por exemplo.

---

<sup>10</sup> Nome morto é uma expressão comumente utilizada para fazer alusão ao nome de registro.

Angel, quando via travestis, sentia medo de ser como elas, toda a representatividade que tinha até então daqueles corpos era negativa. Para ela, ser uma pessoa trans era ser uma aberração, sentia muito vergonha da possibilidade de vir-a-ser algo que para ela era tão vergonhoso. Sartre (1939) comenta a relação direta entre vergonha e corpo, visto que é o meu corpo como é para os outros que me envergonha, assim, a experiência da vergonha cria a ilusão de que o corpo é para si, quando é o corpo-para-os-outros. É o olhar do outro que produz a vergonha. A vergonha se estabelece a partir das formas como somos (ou não) recebidos, aceitos e reconhecidos por nosso ambiente. É uma experiência que se liga intimamente a inadequação, a incoerência, a indignidade e falta de pertença, em um sentimento que perpassa a ideia de que como sou, não sou digno de pertencer a humanidade (Robine, 2006).

Segundo Sedgwick (2007), a vergonha é especialmente presente nos processos de subjetivação daqueles que não se enquadram nas demandas de uma sociedade cisheteronormativa, que busca tornar vergonhoso qualquer dissidência às suas normas, “se o contrário de culpado é inocente, o contrário de envergonhado é justamente “sem-vergonha”, - o polo da positividade ética está, portanto, do lado do primeiro termo” (Gros, 2023, p.114). Nesse sentido, podemos entender a vergonha também como um instrumento de regulação social, da qual o armário é um dos elementos centrais. É importante resgatar a importância da performatividade *queer* nos processos de envergonhamento, pois o *queer* se caracteriza pela apropriação da vergonha e não pela sua exclusão ou repressão.

Somente muito tempo depois, Angel conseguiu dar nome ao que sentia, conseguindo ressignificar o que era transexualidade. Ela entendia que havia uma proibição explícita sobre ser trans, e ficava conjecturando que, se não poderia ser uma mulher, logo não valeria a pena viver. Se a possibilidade de ser quem se é, não existe no horizonte de possibilidades, não estamos falando, portanto, de sujeitos que perdem o direito de viver, muito antes de morrer?

Da parte da família dela, havia aceitação no sentido da orientação sexual, que na época era entendida como gay. Ela relata como ficava abalada com o discurso da mãe que dizia, “**tá tudo bem você ser gay, só não queira ser uma mulher**”. Nesses momentos ela pensava, “**fodeu porque é exatamente isso que eu quero.**” Ao mesmo tempo, ela conta que não sabia nomear essa experiência, ela não conseguia dizer que era uma mulher, ela dizia, “**eu sou isso, eu sou isso, eu sou isso**” de forma enfática e repetitiva, sem conseguir elaborar o que de fato significava “ser isso”.

Podemos pensar a partir da trajetória de Angel que a identidade não é um conceito auto-referente, pois necessita da diferença para se estabelecer em um campo de reconhecimento. Assim,

dizer que se é tal coisa (cisgênero) significa, sobretudo, dizer que não se é outra coisa (transgênero), sendo identidade e diferença, inseparáveis (Silva, 2000). Pensando na identidade de gênero, temos que o processo de nomeação da cisgeneridade foi crucial para visibilizar a norma que operava de maneira silenciosa, de modo a categorizar apenas aqueles que eram diferentes. Vergueiro (2015) aponta que a cisgeneridade é um conceito analítico que se apresenta como a norma regulatória a partir da qual as possibilidades de corpos e existências são medidas.

Eis novamente o ponto: existimos, e em função desse não-nós. E, se existimos, com direito a nome inclusive, as pessoas que não são nós (e a partir das quais fomos nomeadas “trans”) talvez precisassem de um nome também, um nome não que lhes desse existência (afinal, quem cogitaria duvidar que, por não terem nome, inexistem?), mas sim um que explicitasse a razão de nos terem definido enquanto quem cruza, traspassa (trapaça?), transgride uma certa linha, a saber, aquela que separa homem de mulher. A nomeação daquilo que seria não-trans, não-nós, surge duma necessidade muito nossa, de percebermos com cada vez mais clareza que a insuficiência daquilo que dizem que somos tem que ver, sobretudo, com a recusa em se situarem, em dizerem quem são, ao falarem de nós, dado que são essas as pessoas majoritariamente que falam de nós, por nós: se lhes damos um nome, “cis”, é para entender melhor do olhar que primeiro nos concedeu existência, do olhar que, hoje, começa a nos deixar existir (Moirá, 2017, p. 367 apud Bagagli, 2021, p.60)

Cisgeneridade e Transexualidade, nesse binômio, apresentam-se como identidade e diferença, sendo a primeira tomada como a referência para a segunda. Na experiência de Angel, conseguir nomear sua experiência e a alheia, foi crucial para ela se entender no mundo.

Retomando as tentativas de suicídio, Angel conta que certa vez, na escola, ela pegou uma lapiseira, tirou o grafite, e ficou batendo com a lapiseira no pescoço na esperança de rasgar a própria pele e suas veias. Na ocasião o professor quis conversar com ela a sós, apenas para ridicularizá-la.

Fala também sobre uma tentativa com faca em que pegou a faca chorando e na sua cabeça passava um filme, onde se sentia um lixo e nunca estaria satisfeita. Pensava, **“se é pra viver de uma forma que eu não quero, então eu não vou viver, vou me matar”**. A tentativa foi interrompida pela sua mãe. Esta fala carrega o potencial de visibilizar o poder autodestrutivo da cisgeneridade compulsória. Se a literatura insiste em dizer que ser transgênero é um fator de risco para o suicídio, a escuta atenta dos jovens alerta que **o risco se encontra na manutenção da cisgeneridade como única possibilidade de existência**. Se para o sujeito não existe possibilidade de viver uma vida autêntica, onde se possa ser quem realmente se é, a recusa à vida representa também uma recusa à cisgeneridade compulsória.

Ao contar para sua mãe, teve o apoio da mesma e, já com 12 (doze) anos, começou a se hormonizar, conseguiu um dinheiro e foi até a farmácia para comprar anticoncepcional “ciclo 21”, dizendo que era para sua mãe. Ela relata que **“as tentativas diminuíram mais de 50% com o início da transição.”** Não é sem razão que as terapias afirmativas de gênero aparecem na literatura como medida de prevenção do suicídio. Na história de vida desses jovens fica claro que o acesso ao ambulatório e a saúde transespecífica foram imprescindíveis para hoje, estarem vivos. Nas palavras de Angel:

**o ambulatório tem a capacidade de salvar muitas vidas porque se você não tem a hormonização, se você não tem uma vida conforme você deseja e almeja você se mata, não de forma fútil, não to falando de ter carro ou moto, tô falando de uma vida onde você não pode ser quem você é [...] Poder ser o que realmente se é, é lindo.”**

Para Angel, parte da justificativa para o sofrimento era a depressão, entendida por ela enquanto **“falta de serotonina no cérebro”**. Ao mesmo tempo não fazia tratamento, pois entendia que a medicação cria uma realidade ilusória, onde as coisas parecem estar bem, sendo que na realidade **“tá tudo uma bosta”**, e **“eu continua sendo ameaçada de morte”**. Reflito se a não aderência dela com a medicação diz de uma recusa em entender seus problemas como se fossem exclusivamente de ordem biomédica. Tal postura abre precedentes para pensarmos sobre a discussão acerca da medicalização da vida, expressão que designa a redução de questões sociais, culturais, políticas e econômicas a questões relativas ao indivíduo, reduzindo-as a uma natureza biológica. Lima (2022) adverte que o sofrimento não pode ser compreendido apenas do ponto da patologia devendo ser lido também como uma não conformidade do sujeito ao meio. Angel destaca que os remédios não resolvem o sofrimento que advêm da transfobia.

Sobre o horizonte de futuro, sente que foi preparada pela família para conseguir encarar o mundo que não é fácil. Sonha em ser advogada - delegada, comprar sua moto. Queria ser médica, mas diz que é só por conta da transexualidade, **“queria ajudar outras pessoas e terem as oportunidades que ela teve, de usar hormônios, de ter saúde etc”**. Conta também que gostaria de ser tatuadora. **“eu sou o que eu sou hoje pelo que aconteceu comigo, e se eu tive problema para passar por isso e nao me matar é porque eu sou foda”**. Pergunto como foi para ela se ouvir contando sua história, e ela diz que se sente orgulhosa de si mesmo, sente que não foi uma pessoa fraca, pois se tivesse desistido, nem estaria aqui hoje para contar essa história.

## Capítulo 4 - Suicídio e Política

Neste capítulo, faremos um percurso que busca evidenciar as formas pelas quais suicídio e gênero se entrelaçam em discursos no campo da suicidologia, psicologia e psiquiatria. A partir do conceito de regimes de verdade de Foucault, buscamos evidenciar quais os enquadramentos necessários para que determinados discursos apareçam como verdadeiros, bem como os efeitos que produzem.

Inicialmente, refletimos sobre os atravessamentos de gênero no suicídio, nos chamados suicídios masculinos e femininos a partir da cisgeneridade. Em seguida, ampliamos este recorte para pensar como as transexualidades aparecem relacionadas ao suicídio na literatura médica, mais especificamente nos manuais e portarias que abordam as temáticas. Como veremos, a tentativa de classificar e descrever o que é o sujeito transexual ‘verdadeiro’ congregou e fundiu transexualidade e suicídio desde o nascimento dessa categoria como categoria médica.

Posteriormente, destacamos de que forma a noção de risco para o suicídio é explorada como dispositivo complexo com múltiplos usos. Ao mesmo tempo que o risco informa uma maior vulnerabilidade, determinados usos acabam por repatologizar a transexualidade, construindo-a como uma identidade propensa ao suicídio.

Por último, buscamos pensar o suicídio como categoria política com efeitos performativos, refletindo sobre como essa histórica produção sobre transexualidade e suicídio não apenas descrevem ou representam algo, mas sobretudo, operam e efetivam aquilo que está sendo dito. Nas políticas de saúde transespecíficas e em suas disputas, o suicídio opera como categoria central, que busca por um lado, legitimar a existência e a importância de tais políticas e, por outro, busca impedir o acesso a tais políticas e promover seu desmantelamento.

### Regime de Verdade, Suicídio e Transexualidade

Em suas obras, Foucault produziu um deslocamento que permitiu pensar a verdade não apenas no campo das ciências e da epistemologia, problematizando-a eminentemente como uma questão política, sobretudo, ético-política. Ao refazer a história da verdade, o autor a coloca em termos de sua produção, e não em termos de sua descoberta, desconstruindo a ideia de que a verdade está sempre pronta, esperando ser desvelada. Na perspectiva do desvelamento, o trabalho da ciência seria o de descrever ou retratar uma realidade “externa”, que existiria independente da nossa vontade, pesquisa ou ação, tentando aproximar-se ao máximo da representação da realidade.

A questão do que é considerado verdadeiro e conseqüentemente do que é falso, interessa na medida em que temos discutido as formas pelas quais diversas tecnologias têm construído saberes e subjetividades a respeito da transexualidade e do suicídio. Busco apresentar o enquadramento necessário para que tais discursos apareçam, ora como verdadeiros, ora como equivocados na relação entre produção de subjetividades e regimes de verdades.

Para tanto, parto do pressuposto de que a verdade não é simplesmente algo que precisamos descobrir, como se existisse um véu que nos impede de acessá-la, mas sim que ela é produzida em relação a uma realidade específica. Foucault se dedicou a explorar, como, quando e por que, na história das sociedades ocidentais a verdade foi inscrita no interior do indivíduo, como algo que este deve analisar e examinar a fim de descobrir a verdade de si mesmo. Para tanto, os discursos assumem um lugar de especial atenção no pensamento do filósofo, pois se ligam intimamente a produção de verdades e de subjetividades.

O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar. [...] O discurso está ligado ao exercício do poder, da dominação e da exclusão, ao modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e atribuído (Foucault, 2009, p.10 e 17 citado por Marques & Prado, 2018)

Os discursos engendram subjetividades, ao passo em que organizam um mundo comum a partir das técnicas de classificação, ordenação e distribuição. Assim, a subjetivação acontece nas fronteiras entre a parte produtiva e negativa das relações de poder, entre a sujeição e a criação. Se, de um lado, as normas são essenciais para estabelecer os limites da inteligibilidade, de modo que não há sujeito para além das normas, por outro, não se pode reduzir a subjetividade as experiências da normatividade (Marques & Prado, 2018). Para Foucault, a partir de noções como “cuidado de si” e “técnicas de si”, tornar-se sujeito envolve também a possibilidade de agir criativamente diante dos assujeitamentos.

Mais precisamente, a subjetivação implica dois momentos: primeiro, um momento reativo, que pode ser definido como um momento de “des-sujeição” (desassujettissement) e que consiste em resistir e tentar se livrar dos mecanismos de poder que governam o indivíduo à guisa de um certo regime da verdade; segundo, um momento criativo, que é em sentido estrito o momento da subjetivação, isto é, da invenção de uma forma diferente de subjetividade, implicando uma série de “práticas de liberdade” e a inauguração de novos modos de vida (Foucault, 1997, p. 282-283 citado por Lorenzini, 2020).

Para pensar quais enquadramentos permitem que determinados discursos apareçam e chancelem uma “verdade do sujeito”, proporcionando modos de subjetivação, utilizaremos o conceito de Regimes de Verdades, introduzido por Foucault na década de 70 na entrevista “A função política do intelectual”, no qual ele conceitua um regime de verdade como:

[...] os tipos de discurso que [uma sociedade] abriga e faz com que funcionem como verdadeiros; os mecanismos e instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros ou falsos, a maneira como se sancionam uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para obter a verdade; o status dos que têm a tarefa de dizer o que funciona como verdade (Foucault, 1977b, p. 13; citado por Lorenzini, 2020).

Lorenzini (2020) complementa que todo discurso e toda evidência carrega uma certa asserção, formulada da seguinte forma: “É verdade, portanto, me submeto”, dando assim à verdade o direito de dizer “você é forçado a me aceitar porque eu sou a verdade”. Assim, um sujeito se constitui ao mesmo tempo em que é constituído por um regime de verdade quando ele aceita o ‘portanto’ que liga o “é verdade” ao “me submeto”. É também através da confissão (tema bastante explorado por Foucault) que o sujeito se liga a verdade que declara de si.

É crucial destacar, portanto, que os regimes de verdade são essencialmente históricos e contingentes, ao mesmo tempo que se revestem de um caráter de naturalidade e de essencialidade. **Me interessa pensar quais regimes de verdades o suicídio articula na sua relação com as transexualidades?** Para tanto, iremos analisar um conjunto de documentos que versam sobre transexualidade, saúde e suicídio.

## **O suicídio masculino e o suicídio feminino**

As diferenças de gênero no chamado comportamento suicida têm sido amplamente exploradas em inúmeras pesquisas (Baére, 2018; Canetto & Sakinofsky, 1998; Möller-Leimkühler, 2003; Jaworski, 2010). Dentre essas diferenças, os dados apontam que em diversas localidades, o número de suicídios é maior entre os homens, embora o número de tentativas seja maior entre as mulheres, fenômeno conhecido como paradoxo de gênero. No período de 2010 a 2019 no Brasil, os coeficientes

de suicídios masculinos foram 3,8 vezes maiores do que os femininos (10,7 óbitos por 100 mil homens e 2,9 óbitos por 100 mil mulheres)<sup>11</sup>

Katrina Jaworski (2010) utilizou-se dos conceitos de Butler para pensar o suicídio enquanto performance, entendendo que os rituais e gestos que envolvem o autoextermínio são atos corporais já delineados pelo gênero, no momento de sua materialização. A autora aponta que todo o processo que envolve o comportamento suicida, desde o pensar e desejar a morte, o planejamento, a escolha do método, a escrita ou não de uma carta ou bilhete de despedida e a própria execução do ato são atravessados pelo gênero e pelas construções sociais sobre masculino e feminino.

O trabalho de Lopes (2008), por sua vez, resgata os discursos de médicos brasileiros sobre suicídio no século XIX, revelando que naquele momento, a preocupação em diferenciar o suicídio masculino e feminino, bem como achar os fundamentos biológicos de tais diferenciações, se fazia presente como vemos nos estudos do Dr. Freitas Albuquerque de 1858:

Assim, os homens, por viverem, circularem e participarem do espaço público e social muito mais do que as mulheres, estariam mais propensos a serem monomaníacos, inclusive do tipo suicida. As mulheres, por sua vez por não estarem aptas à vida social e política, restringir-se-iam “naturalmente” ao espaço privado da vida doméstica e, por isso, não sofreriam as pressões, as vicissitudes e as influências a que estavam sujeitos os homens, suicidando-se em menor número do que eles” (Lopes, 2008, p.322)

Os estudos sobre suicídio dos médicos brasileiros produziam o masculino associado a força, potência, resistência, intelecto, razão, e principalmente ao espaço público. Em contrapartida, o feminino foi largamente associado a fraqueza, debilidade, emoções, docilidade, inferioridade, próprias ao espaço privado e ao lar. Além disso, os períodos de menstruação, da gravidez e do parto eram considerados propícios para o surgimento de transtornos mentais (Lopes, 2008).

Assim como a menstruação era considerada um momento propício para atos irracionais como o suicídio, a sua ausência - a menopausa - podia acarretar sérios problemas mentais para as mulheres mais velhas. A mulher que atingia a idade da menopausa era ridicularizada e estigmatizada em função da perda da capacidade de procriação, perdendo assim, a sua ‘finalidade suprema’. Nesta concepção, a menopausa acarretava também a perda da sexualidade, numa espécie de ausência de vida sexual na terceira idade. Perdendo a função reprodutora, a mulher tornava-se inútil ao mundo (Lopes, 2008), sendo o suicídio a alternativa a tais mazelas.

---

<sup>11</sup> Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico [Internet] 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf).

Para além do cenário brasileiro é relevante apontar que mesmo uma das obras mais celebres sobre o fenômeno do suicídio no século XIX, a saber a obra de Émile Durkheim, não escapou da reprodução de estereótipos sobre as diferenças sexuais no suicídio. O autor aponta que a menor frequência de suicídio entre as mulheres decorria do ‘fato’ delas terem uma vida mental menos desenvolvida, bem como menos aspirações e ambições individuais. Ademais, ele argumenta que as mulheres que seguissem os *scripts* da feminilidade hegemônica, ou seja, aquelas ligadas ao espaço privado subordinadas aos homens, teriam menor risco de suicídio (Durkheim, 2017; Dantas et. al, 2023).

Durante séculos, compreendeu-se que os menores números de suicídio de mulheres seriam justificados, portanto, por uma fragilidade física, maior sensibilidade e emotividade e menor coragem para realização de tentativas de autoextermínio por meios agressivos. O século XIX utilizou-se largamente das diferenças físicas e biológicas entre homens e mulheres para explicar o suicídio, todavia, ressaltamos que também no século XXI, como bem demonstra a suicidologia crítica, há uma expansão dos discursos que buscam na biologia a causalidade para o este ato, patologizando-o. Iremos nos deter mais especificamente nos discursos contemporâneos sobre as diferenças dos suicídios entre homens e mulheres (cisgêneros) para, posteriormente, pensar tal problemática entre homens e mulheres trans e não-binários.

Retomando o paradoxo de gênero, dentre as justificativas que buscam explicar o fenômeno, a teoria da letalidade ganha destaque. De acordo com ela, o maior número de óbitos entre homens decorre principalmente do tipo de método empregado nas tentativas, sendo que os homens utilizam meios mais mortíferos que as mulheres, como por exemplo, arma de fogo e precipitação de locais elevados. Já as mulheres empregam mais métodos como intoxicação por medicamentos.

A diferença entre os métodos faz com que haja uma desqualificação das tentativas das mulheres que são vistas usualmente como formas de chamar atenção ou mesmo como manipulação. Já as tentativas feitas por homens, são vistas como sérias e preocupantes, visto que os métodos empregados costumam ser mais letais e violentos (Jaworski, 2010; Baére, 2018).

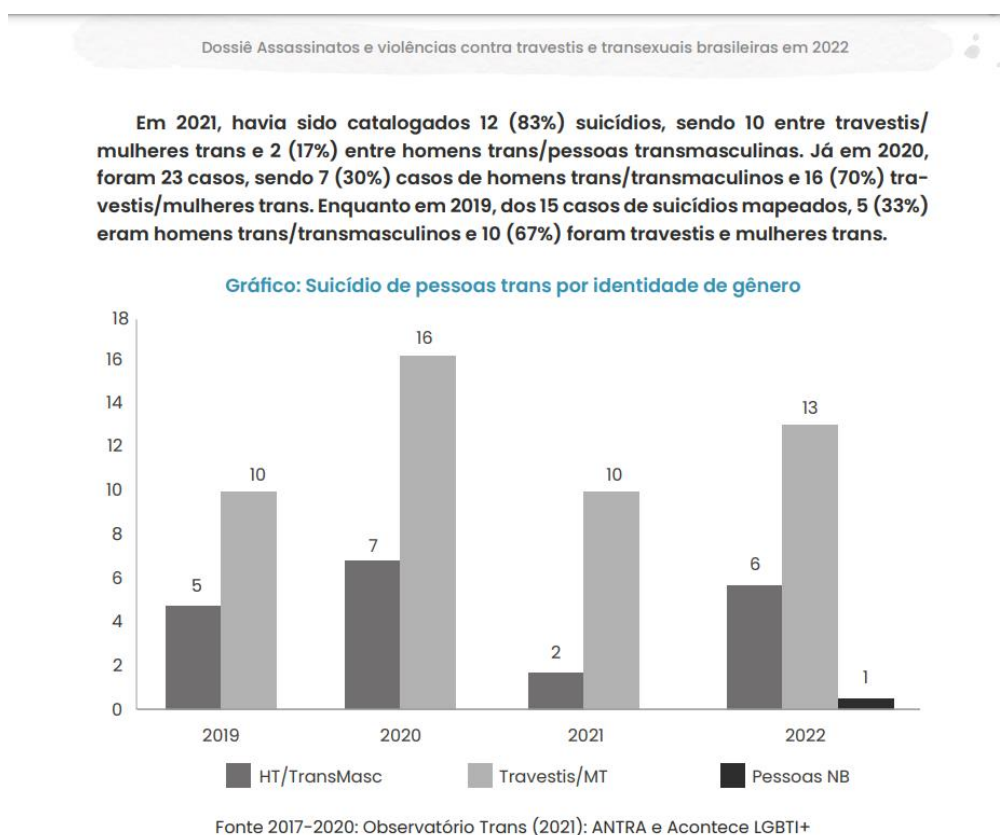
Além disso, é importante apontar que a subnotificação é atravessada por papéis de gênero, entre os homens há um receio de buscar ajuda e de comunicar estados emocionais ocasionando em subnotificações. A família também exerce grande influência nos índices de subnotificação, produzindo erros nas classificações dos registros de óbitos, ao encobrir com maior frequência o suicídio de mulheres em comparação ao de homens (Canetto, 1993 apud Baére, 2018).

Tais diferenças na expressão do fenômeno do suicídio não são decorrentes de particularidades biológicas, mas sobretudo das desigualdades de gênero que fundamentam as masculinidades e feminilidades. A redução da desigualdade de gênero é um fator determinante de proteção a diversas violências, incluindo o suicídio, como mostra um estudo desenvolvido em 33 países, cujos achados

demonstram que as taxas de autoextermínio de mulheres eram mais baixas em países com estruturas sociais que priorizam a igualdade entre os gêneros (Rudmin et.al, 2003).

Cabe pensar se o paradoxo de gênero é representativo para pensar também as transidentidades que, historicamente, demonstram rupturas com leituras de gênero essencialistas. Quando levamos em consideração os dados sobre suicídio da população trans no Brasil, vemos uma inversão desse paradoxo. De acordo com dados da ANTRA, o número de suicídios consumados é maior entre as mulheres trans do que entre os homens, como podemos observar no gráfico abaixo:

**Figura 3 - Suicídio de pessoas trans por identidade de gênero**



Fonte: Observatório Trans (2021); ANTRA e Acontece LGBTI+

Segundo o boletim nº03/2020 da Antra, as mulheres trans e travestis enfrentam não apenas o maior número de assassinatos, mas também recai sobre elas o maior número de suicídios, “apesar de serem os homens trans/transmasculines que mais apresentam ideações ou tentativas” (Antra, 2020). A partir destes dados podemos indagar se o paradoxo de gênero consegue dar conta das particularidades do comportamento suicida na população trans, ou se sua efetividade se restringe a análise de suicídios na população cisgênera.

Proponho pensar que o gênero não apenas atravessa a categoria do suicídio, implicando em diferentes formas de matar-se, mas de modo inverso a categoria de gênero também é construída pela

ideia de suicídio. Nesse sentido, matar-se de determinada forma ou de outra implica determinada produção de gênero. Se o suicídio e os discursos sobre ele constroem subjetividades gendradas, não seria ilógico dizer, portanto, que o suicídio constrói ativamente o que significa ser homem e ser mulher, e também o que significa ser transgênero, dimensão que exploramos em seguida.

### **O transexual verdadeiro é suicida?**

Um dos primeiros trabalhos a abordar o suicídio da população transgênero data de 1953, intitulado “*Transvestism; hormonal, psychiatric, and surgical treatment*” com autoria de Christian Hamburger (Adams et al., 2017). Podemos resgatar este trabalho para tensionar as formas pelas quais as transexualidades foram performadas pelo discurso médico como identidades patologicamente suicidas. Nesse sentido, as categorias suicídio e transexualidade constroem-se em uma relação de proximidade, que está para além das associações com o pecado, o crime e a doença. Propomos pensar não apenas os atravessamentos entre estas categorias, mas a própria indissociabilidade que as liga em sua construção no saber médico.

Desde 1953, as representações das identidades trans fundamentaram-se a partir de um enquadramento baseado na doença, e dentro desta estrutura prevaleceram pesquisas que descreviam as transexualidades como fundamentalmente e essencialmente patológicas, desviantes e manipuladoras (Adams et al., 2017). Os profissionais de saúde entendiam o suicídio como uma tática de manipulação para forçar as cirurgias de redesignação, o que inevitavelmente levaria a resultados nefastos em termos de saúde mental, como suicídio e colapso psicótico.

Neste tópico, discutiremos os modos pelos quais o discurso psiquiátrico vinculou a categoria da transexualidade ao suicídio, desde o seu surgimento enquanto categoria diagnóstica. A análise dos critérios diagnósticos do TIG, bem como sua evolução ao longo das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), pode nos revelar, para utilizar a expressão de Binkowski (2019), os fósseis morais do campo psiquiátrico, na sua tentativa de captura e patologização da diversidade sexual e de gênero. Butler (2009) em seu texto: “*Desdiagnosticando o gênero*” sugere que: “O DSM não fala de suicídio, ainda que saibamos que a crueldade da pressão dos colegas adolescentes nas pessoas jovens transgêneras pode levar ao suicídio” (p.120). Discordando parcialmente da perspectiva da autora, pretendo evidenciar, a partir de uma breve incursão pela história dos manuais que, sutilmente, as categorias transexualidade e suicídio estão entrelaçadas na constituição do DSM e de outros documentos.

No Brasil, para acessar o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) é necessário diagnóstico produzido a partir dos critérios avaliativos preconizados pela Organização Mundial de Saúde, em seu Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Em ambos os documentos a transexualidade foi, por muitos anos, considerada uma patologia psiquiátrica.

A categorização diagnóstica da transexualidade seguiu duas vertentes principais, uma biológica, que localizava o ‘transtorno’ no corpo e na estrutura biológica e uma psicanalista, que entendia a transexualidade como um desvio dos processos de socialização (Bento, 2006; Borba, 2016). É importante destacar que estas vertentes, preconizadas pelo endocrinologista Harry Benjamin (1966) e pelo psicanalista Robert Stoller (1975/1982)<sup>12</sup> não são mutuamente excludentes, aparecendo como complementares na construção diagnóstica do ‘transexual verdadeiro’<sup>13</sup>, que como veremos, para o discurso biomédico, é suicida em sua gênese.

### **DSM-III**

A transexualidade é performada como categoria psiquiátrica a partir da terceira edição do manual, publicada em fevereiro de 1980, sob o nome de Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), consistindo na

Incongruência entre sexo anatômico e identidade de gênero. A identidade de gênero é o senso de saber a que sexo pertence, ou seja, a consciência de que "eu sou um homem", ou "eu sou uma mulher". A identidade de gênero é a experiência privada do papel de gênero e o papel de gênero é a expressão pública da identidade de gênero. O papel de gênero pode ser definido como tudo o que se diz e faz, incluindo a excitação sexual, para indicar aos outros ou a si o grau de masculino ou feminino. (DSM-III, 1980, p.261, tradução minha).

Inicialmente, no DSM III, a categoria Transexualismo enquadrava-se em Transtornos Psicosssexuais. Era considerado a dicotomia entre sexo e gênero, sendo o sexo entendido enquanto biológico e o gênero enquanto construto social, ou expressão social do sexo. Além disso, para o diagnóstico é necessário: 1) um sentimento de inadequação com o seu corpo por no mínimo dois

---

<sup>12</sup> Para Stoller, “pessoas transexuais nasceriam da soma da equação Pai ausente + Mãe Dominadora” (Borba, 2016, p.43)

<sup>13</sup> Termo cunhado por Benjamin em seu livro: “O Fenômeno Transexual” (1966). Para o autor, o transexual verdadeiro vive uma inversão psicossocial, tem um intenso mal-estar de gênero, odeia seus órgãos genitais e solicita a cirurgia com urgência.

anos; 2) desejo de livrar-se dos próprios órgãos genitais e viver como membro de outro sexo; 3) Não ter outro transtorno mental como esquizofrenia.

Além disso, no manual já constava o Transtorno de Identidade de Gênero na Infância (TIG), apresentando critérios profundamente estereotipados para o diagnóstico como, por exemplo, meninas diagnosticadas com TIG teriam ‘grande interesse em esportes e jogos rudes e agressivos, e uma falta de interesse em brincar de bonecas ou de casinha (a menos que brinque no papel de pai ou outro papel masculino)’ (DSM-III, 1980, p.264). “Já para os meninos com TIG, bonecas são frequentemente o brinquedo favorito e meninas regularmente as companheiras preferidas. Ao brincar de casinha adotam o papel de mulher. Brincadeiras violentas e esportes são frequentemente evitados” (DSM-III, 1980, p.264).

É interessante apontar que enquanto fatores predisponentes, o manual associa a experiência da transexualidade a acontecimentos na mais tenra infância, normalmente associados a uma excessiva aproximação ou distanciamento da mãe ou do pai. Nos homens com TIG, a proximidade física e emocional extrema, excessiva e prolongada entre o bebê e a mãe, somado a uma ausência relativa do pai nos primeiros anos, pode contribuir para o desenvolvimento desse distúrbio. Já as mulheres, que mais tarde desenvolveram esse transtorno, tem mães que aparentemente não estavam disponíveis para elas em uma idade muito precoce, psicologicamente ou fisicamente, devido a doença ou abandono. Nesse sentido, a menina precisa fazer uma identificação compensatória com o pai, que a leva a adoção de uma identidade de gênero masculina (DSM-III, 1980, p.265). Nota-se claramente a relevância e influência da teoria psicanalítica nesse momento da construção do Manual, bem como sua fragilidade.

Com relação ao suicídio, nessa primeira versão do manual, há uma associação entre depressão e tentativas de suicídio com transexualidade, na parte de “deficiências e complicações” do Manual. A depressão é comum e pode levar a tentativas de suicídio. Em casos raros, homens podem mutilar seus órgãos genitais (DSM-III, 1980, p.263). Outra correlação feita entre o suicídio e a transexualidade perpassa o que é descrito como prejuízos na vida social por não viver no papel de gênero desejado. Em outras palavras, essa descrição indica que o sofrimento está sobretudo no interior do sujeito que não vive o papel de gênero que gostaria e que por isso tem prejuízos sociais. Posteriormente, vão sendo construídas leituras mais sociais a respeito desse sofrimento que pode levar ao suicídio.

## **DSM-IV**

Publicado em 1994, a categoria diagnóstica permanece sendo o Transtorno de Identidade de Gênero, havendo algumas modificações e ampliações. Um dos critérios passa a incluir a necessidade

de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo” (DSM-IV, 2002, p. 548). Segundo o manual:

[...] alguns homens com o transtorno podem, especialmente em centro urbanos, envolver-se na prostituição, que os coloca em elevado risco para contrair infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Estão habitualmente associados as tentativas de suicídio e perturbações relacionadas com substâncias**” (DSM-IV, 2002, p.578).

Com relação as crianças e adolescentes, o Manual traz novas informações que complementam o anterior. “Já nas crianças e adolescentes com Transtorno de Identidade de Gênero, podem coexistir ansiedade de separação, ansiedade generalizada e sintomas de depressão. Os adolescentes estão particularmente em risco para depressão, ideação suicida e tentativas de suicídio” (DSM-IV, 2002, p.578). Na parte de evolução, o manual ressalta que o interesse em atividades do gênero oposto ocorre habitualmente entre os dois e quatro anos, sendo que alguns pais referem que os filhos sempre tiveram o interesse de gênero cruzado. Além disso, o manual traz uma afirmação constantemente utilizada pela ofensiva anti-gênero para invisibilizar a existência de crianças trans: Apenas um número muito pequeno de crianças com TIG, continuará a ter sintomas que preencham os critérios para TIG na adolescência ou na vida adulta: “Only a very small number of children with Gender Identity Disorder will continue to have symptoms that meet criteria for Gender Identity Disorder in adolescence or adulthood” (DSM-IV, 2002, p.579). Tal afirmativa parece carecer de respaldo teórico, não sendo referenciado qual estudo/pesquisa possibilitou essa conclusão.

## **DSM-V**

Em 2013 é publicada a quinta edição do Manual, em vigor atualmente. Nela, a transexualidade continua sendo patologizada pela APA, entretanto, algumas alterações foram feitas como por exemplo o nome que passou de Transtorno de Identidade de Gênero para Disforia de Gênero. Na descrição da categoria, consta uma introdução onde são esclarecidos termos como: sexo, gênero, designação de gênero, redesignação de gênero, disforia de gênero, transgênero e transexual. Na base dessas definições estão as dicotomias sexo e gênero e conseqüentemente, natureza e cultura, base que tem como herança a suposta coerência e linearidade entre sexo, gênero e desejo (Borba, 2016; Preu & Brito, 2019).

Nesse sentido, em nenhum momento a APA trata os sujeitos a partir do gênero que se identificam, ao contrário, as pessoas trans são tratadas no manual sempre a partir do considerado sexo biológico (ou gênero que lhe foi determinado no nascimento), o qual é considerado o normal e correto. Ao considerar o sexo biológico como o definidor, a APA também invisibiliza a orientação

heterossexual dos sujeitos, ao considerar que uma pessoa transmasculina heterossexual, por exemplo, é uma fêmea biológica homossexual. A matriz da cisheterossexualidade compulsória rege o manual, revelando, inclusive, que o diagnóstico de homossexualidade, continua difundido pelo manual de forma sutil, mesmo após sua retirada.

E quanto às crianças cuja Disforia de Gênero não persiste, também se confirmaria presente, na maioria dos casos, a homossexualidade: No caso de crianças do sexo masculino ao nascimento cuja disforia de gênero não persiste, a maioria é androfúica (sente atração física por homens) e frequentemente identifica a si mesmo como gay ou homossexual (variando de 63 a 100%). No caso de crianças do sexo feminino ao nascimento cuja disforia de gênero não persiste, o percentual de ginecofúicas (sentem atração física por mulheres) e que identificam a si mesmas como lésbicas é menor (variando de 32 a 50%). (DSM-V, 2014, p. 456 apud Preu & Brito, 2019)

De acordo com os autores, a partir do DSM-V, a conclusão é que a maioria dos sujeitos ‘disfóricos de gênero’ é homossexual, assim, um diagnóstico de transexualidade teria como consequência, concomitantemente, um diagnóstico de homossexualidade. Desse modo, o manual em sua quinta versão, considera que usar vestido, gostar de brincar com bonecas e de casinha e ter amigas garotas são coisas que seriam naturais para o sexo feminino, assim como é natural para os meninos, o interesse em brincadeiras agressivas e competitivas, esportes de contato e brincar de carrinho. Logo, se uma menina apresenta comportamentos ditos masculinos ou se um menino apresenta comportamentos ditos femininos, já se consolida uma das categorias diagnósticas para a Disforia de Gênero<sup>14</sup>.

Especificamente sobre suicídio, “Antes da redesignação de gênero, adolescentes e adultos com disforia de gênero estão sob risco elevado de ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio. Após a redesignação de gênero, a adaptação pode variar, e o risco de suicídio pode persistir” (DSM-V, p.455).

De modo geral, podemos considerar os diversos critérios diagnósticos estereotipados que prevalecem ao longo das edições do manual, como ojeriza pelos órgãos genitais, comportar-se e/ou vestir de acordo com o gênero oposto, desejo inabalável pelas cirurgias de transgenitalização e tendência à depressão e ao suicídio.

Por fim, notamos que, ainda que pontuado de maneira breve, o DSM relaciona suicídio e transexualidade como causalidades, compreendendo que a Disforia de Gênero traz consigo a

---

<sup>14</sup> Para saber mais sobre as problemáticas dessa estereotipação, ver: Butler, 2004; Stone, 1991/2007; Borba, 2016.

tendência à depressão e ao suicídio. Além disso, outras mazelas também são internalizadas no sujeito e entendidas como consequência da identidade de gênero e não dos processos sociais de exclusão, como percebemos no trecho: “Prejuízos como rejeição da escola, desenvolvimento de depressão, ansiedade e abuso de substâncias podem ser consequências da disforia de gênero” (DSM V, p.455). A todo momento o manual ressalta que o sofrimento vivenciado pelas pessoas trans se deve “entre a forte incongruência entre o gênero experimentado e o sexo somático” (ibidem), estabelecendo uma relação causal entre a identidade de gênero e o sofrimento que pode levar ao suicídio, ao mesmo tempo em que desconsidera todo o contexto social que atua na produção desse sofrimento.

## Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde

### Figura 4 - Resolução CFM nº 1.955/2010

#### CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

#### RESOLUÇÃO CFM nº 1.955/2010

(Publicada no D.O.U., de 3 de setembro de 2010, seção I, p. 109/110)

Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a [Resolução CFM nº 1.652/2002](#).

(Publicada no Diário Oficial da União; n. 232, 2 dez.2002. Seção 1, p.80/81)

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO** a competência normativa conferida pelo artigo 2º da Resolução CFM nº 1.246/88, publicada no DOU de 26 de janeiro de 1998, combinado ao artigo 2º da Lei nº 3.268/57, que tratam, respectivamente, da expedição de resoluções que complementem o Código de Ética Médica e do zelo pertinente à fiscalização e disciplina do ato médico;

**CONSIDERANDO** ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoexterminio;

**CONSIDERANDO** que a cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários não constitui crime de mutilação previsto no artigo 129 do Código Penal brasileiro, haja vista que tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico;

**CONSIDERANDO** a viabilidade técnica para as cirurgias de neocolpovulvoplastia e/ou neofaloplastia;

Fonte: Diário Oficial da União de 3 de Setembro de 2010, seção I, p.109/110

A categoria paciente transexual é descrita como “**o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoexterminio**” (BRASIL, 2010:110). Esta definição persistiu nas Resolução

CFM nº 1.652/2002 e na 1.955 de 18 de agosto de 2010. Posteriormente, estas resoluções foram revogadas pela Resolução em voga atualmente, RESOLUÇÃO CFM nº 2.265/2019 que passou a considerar “incongruência de gênero ou transgênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento” (Brasil, 2019).

O movimento pela despatologização da transexualidade no Brasil, através de muita luta, efetivou diversas alterações nos últimos anos que podem ser vistas como vitórias para uma compreensão humanizada da transexualidade, a saber: a retirada da transexualidade do rol de patologias psi do CID-11, pela OMS, e seu consequente deslocamento para a seção relativa a outras condições de saúde, perdendo assim suas características psicopatológicas.

É apenas na nova edição da CID-11 que, após 28 anos, a transexualidade deixa de ser considerada doença. Cabe destacar que mesmo antes dessa decisão, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) já havia publicado a Resolução CFP nº01/2018 que orienta a atuação dos profissionais de psicologia no sentido de não considerar as travestilidades e transgeneridades como patologias, o que demonstra um avanço da Psicologia no cenário de discussões da despatologização, ao mesmo tempo que funciona como uma reparação de danos, em face a todo o papel exercido pela Psicologia durante sua história enquanto ciência e profissão na manutenção da patologização. No entanto, ainda há muito para se avançar:

[...] Disforia e incongruência são termos relacionais, ou seja, funcionam justamente porque se referem a algo que é tanto eufórico quanto congruente: a cisgeneridade. Identidades trans e travestis são julgadas de acordo com a coerência de corpos cisgêneros, fazendo com que sejam encaradas enquanto variações, mas não possibilidades (Favero & Machado, 2019, p.121).

### **Resolução CFM nº 2.265/2019**

Através de suas resoluções, o Conselho Federal de Medicina do Brasil afeta diretamente todo o processo de construção de Políticas Públicas definidas pelo Ministério da Saúde, referentes aos cuidados com pessoas trans. Nesse sentido, a resolução do CFM nº2.265/2019 é apresentada<sup>15</sup> como um avanço, ao estabelecer e ampliar os critérios para maior segurança na realização de procedimentos como hormonioterapia e cirurgias de redesignação sexual.

Uma diferença importante entre a nova resolução (nº 2.265) e a anterior (nº 1.955) é a contemplação de questões como a realização de bloqueio puberal e de hormonioterapia cruzada, que

---

<sup>15</sup> <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-regras-para-aperfeicoar-o-atendimento-medico-as-pessoas-com-incongruencia-de-genero/#:~:text=Dentre%20os%20cuidados%20definidos%2C%20a,portadoras%20de%20transtornos%20mentais%20Ograves>

antes não eram previstas. A Resolução CFM nº 2.265/2019, dentre os pontos definidos, ressalta que o tratamento hormonal cruzado só poderá ser iniciado a partir dos 16 anos, sendo necessária a avaliação de equipe multiprofissional envolvida no atendimento, pois o desenvolvimento se manifesta de forma diferente em cada criança ou adolescente. Por sua vez, a partir dos 18 anos, a Resolução reitera que a hormonioterapia cruzada deverá ser prescrita por médico endocrinologista, ginecologista ou urologista, todos com conhecimento científico específico, com a finalidade induzir características sexuais compatíveis com a identidade de gênero.

Com relação aos procedimentos cirúrgicos de adequação para atender pessoas com incongruência de gênero, a Resolução nº 2.265/2019 estabeleceu que podem ser realizados apenas depois de 18 anos de idade, sendo exigido que o candidato tenha sido submetido anteriormente a, no mínimo, um ano de acompanhamento por equipe multiprofissional e interdisciplinar.

No que tange ao suicídio, tal resolução em nada inova, utilizando a categoria não só para descrever pessoas trans, como também para justificar a própria existência da resolução e das proposições de cuidado a que se referem. Na parte intitulada “Exposição de Motivos da Resolução CFM Nº2.265/2019” ela descreve que o indivíduo transgênero apresenta acentuado grau de vulnerabilidade psíquica e social, sendo elevado os índices de morbidade nessa população, destacando os transtornos depressivos, abuso de álcool e drogas e suicídio. Ao falar sobre os cuidados com crianças púberes e adolescentes, a resolução também ressalta que o acompanhamento adequado nessa fase de desenvolvimento pode prevenir o surgimento de morbidades, tais como anorexia nervosa, fobia social, depressão e comportamento suicida.

Um grupo de pesquisadores elaborou uma análise minuciosa desta resolução, apontando diversas problemáticas (NUH UFMG, 2020)<sup>16</sup>. As análises foram feitas por Amana Matos, Berenice Bento, Flávia do Bonsucesso Teixeira, Graziela Tagliamento, Juliana Perucchi, Marco Aurélio Máximo Prado, Maria Juracy Filgueiras Toneli, Paula Sandrine Machado, Rebeca Bussinger, Pedro Paulo Pereira. Retomo aqui, diversos pontos destacados pelos pesquisadores.

A referida Resolução não apresenta avanço ao já estabelecido, em termos normativos, no país que constitui referência para as principais linhas de cuidado das pessoas trans. A começar pelas definições de conceitos e categorias científicas atribuídas pelo CFM. Compreende-se por transgênero ou incongruência de gênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento, incluindo-se neste grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero.

---

<sup>16</sup> O documento pode ser acessado através do site do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da UFMG [www.nuh.ufmg.br](http://www.nuh.ufmg.br) e pelo seguinte endereço eletrônico <https://drive.google.com/file/d/1CryHEHWIal7JrJwKmsBE4NmHiTDF6SEU/view>

Porém, ao tentar definir a travestilidade, o CFM acaba por negar a própria definição de transexualidade, quando categoriza a travesti como “a pessoa que nasceu com um sexo, identifica-se e apresenta-se fenotipicamente no outro gênero, mas aceita sua genitália” (CFM Nº2.265/2019). Tal definição de travestilidade incorre em vários problemas e não está baseada em nenhum dado de pesquisa científica, negando a existência de numerosas experiências que não se enquadram nessa definição. A expressão “aceitam suas genitálias” pressupõe que pessoas trans não aceitam suas genitálias, enquanto pessoas travestis aceitariam. Além disso, a definição em questão assume que um homem trans que aceite sua genitália, pode então ser considerado uma travesti, desconsiderando assim as raízes históricas e políticas da história da Travestilidade, que aponta essa identidade como eminentemente feminina.

Ao partir do pressuposto de que a transexualidade está baseada, sobretudo, na não aceitação dos genitais, mantem-se os critérios da disforia como critério diagnóstico, limitando as possibilidades de pensar a assistência em saúde dessa população.

Outro ponto destacado é a utilização do termo livre e esclarecido como estratégia de proteção ao profissional e não ao usuário. “É obrigatório obter o consentimento livre e esclarecido, informando ao transgênero sobre a possibilidade de esterilidade advinda dos procedimentos hormonais e cirúrgicos para a afirmação de gênero” (CFM Nº2.265/2019). O uso do termo livre e esclarecido é orientado em todas as práticas médicas, e justifica-se como garantia de informação para que a pessoa possa decidir quais procedimentos ela consente e deseja, todavia, o documento apenas salienta a necessidade de destacar o risco de esterilidade como a única informação sobre saúde reprodutiva de pessoas trans, ausentando-se de garantir informações sobre estratégias para garantir o direito a reprodução.

Além disso, a resolução destaca que o Procedimento de afirmação de gênero deve ocorrer para aqueles que obtiverem êxitos em ser diagnosticado pelo psiquiatra, preconizando que “O acompanhamento psiquiátrico visa, além da formulação diagnóstica específica, o diagnóstico das morbidades, quando existentes, assim como seu tratamento, estando estabelecido no Projeto Terapêutico Singular” (CFM Nº2.265/2019). Determinar acompanhamento psiquiátrico para formulação diagnóstica específica reitera toda a discussão sobre despatologização, que envolve a crítica sobre o poder psiquiátrico de ditar quem pode ou não acessar os cuidados a saúde, bem como de legitimar ou não as identidades de gênero. Tal movimento acaba por definir quem de fato são os “transexuais verdadeiros”, aqueles que são diagnosticados com êxito por se enquadrarem nos critérios predefinidos de categorização.

Não obstante, ainda cabe ao Psiquiatra a atividade de diagnósticos de morbidades como impedimento do acesso a saúde transespecífica. Nesse sentido, a psiquiatria tem como função vetar o acesso das pessoas transexuais diagnosticadas com transtornos mentais aos procedimentos

hormonais/cirúrgicos, contradizendo assim o art. 2º da própria resolução que estabelece a garantia de acesso sem qualquer tipo de discriminação.

Ao mesmo tempo que o CFM traz dados estatísticos apontando maior morbidade na população trans, corroborando com dados epidemiológicos que apontam maior incidência de diversos transtornos nessa população, preconiza que a pessoa trans não pode apresentar tais transtornos mentais para que possa pleitear os processos em saúde trans específicos. Nesse sentido, o CFM vai na contramão da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica ao negar acesso a essas pessoas, criando uma política de exclusão que se soma a muitas outras que pessoas trans já vivem. Além disso, se a autodeterminação de gênero é um direito de personalidade como apontado pelo STF, nenhuma condição de sofrimento mental deveria reduzir ou negar esse direito.

Pensamos que na tentativa de conceituar e definir quem são as pessoas elegíveis para o cuidado em saúde trans, o CFM não apenas ameaça, mas restringe o acesso de pessoas que não estão em conformidade com o diagnóstico esperado. Fere o direito à auto-determinação e ao mesmo tempo faz com que o Estado permaneça omissa na formulação de políticas e de medidas assecuratórias de direitos fundamentais às minorias. (NUH UFMG, 2020).

Busco evidenciar que os documentos analisados não só descrevem as características e critérios diagnósticos de pessoas transexuais, como produzem também o objeto sobre o qual falam e, nesse sentido, tais documentos são revestidos de um caráter performativo, que alicerçam os critérios de audibilidade e de visibilidade para legitimar uma experiência enquanto trans ou não. De certo, para acessar os serviços de saúde era preciso dizer o que os médicos queriam ouvir, ainda que a experiência concreta fosse outra (Borba, 2016). “Em outras palavras, pode ser que não se trate de se você pode se adequar às normas que regem a vida quando se tem outro gênero, mas se você pode se adequar ao discurso psicológico que estipula quais são essas normas” (Butler, 2009, p.114).

Uma análise Foucaultina permite evidenciar que os discursos biomédicos vão muito além dos signos e representações, constituindo-se como base para protocolos, portarias, leis e práticas profissionais, que formam sistematicamente os objetos que buscam representar. Fica evidente como a categoria ‘suicídio’ ganha um profundo destaque na própria definição médica da experiência da transexualidade, articulada sobretudo, enquanto tendência e/ou risco, de modo que o sujeito transexual é ao mesmo tempo um sujeito suicida.

Além disso, o uso que se faz da categoria suicídio como critério essencial para a definição da experiência da transexualidade, constitui em si, uma violência simbólica que é própria do enquadramento diagnóstico que, paradoxalmente, ao não reconhecer as formas de existência que escapam dos critérios de audibilidade e visibilidade definidos, são excluídas não só do acesso a saúde,

mas da própria condição de humanos (Cano-Prais, Costa-Val & Souza, 2019). Além disso, fica evidente que, ao se tratar de experiências trans, todo esse processo incapaciliza estes sujeitos de poderem falar e decidirem por si mesmos.

A partir dos documentos que orientam a prática psiquiátrica/médica com pacientes transexuais, notamos que a definição de transexualidade vai gradualmente se transformando, inicialmente enquanto fetichismo/parafilia para transtorno, disforia, incongruência, mas sobretudo como uma “perturbação físico-moral”<sup>17</sup> (Duarte, 1998 apud Cano-Prais, Costa-Val & Souza, 2019).

Vemos assim que as representações das transexualidades enquanto patológicas passam a disputar sentidos com enquadramentos despatologizadores, que abandonaram a ideia de doença, estabelecendo como fundo, a identidade. Tal enquadramento é caracterizado pela premissa das transexualidades como parte natural de um espectro que inclui identidades além daquelas consideradas, macho ou fêmea, masculinas ou femininas. A partir destes novos enquadramentos os determinantes sociais da saúde, como o estresse de minorias, ganham destaque na explicação da suicidalidade de tal população.

Todavia, ainda que os enquadramentos teóricos que visam explicar tanto a transexualidade quanto a suicidalidade tenham se multiplicado, estas mudanças não implicam numa evolução linear de modos de representação desses fenômenos. O que percebemos é uma certa mescla de enquadramentos que, ora buscam as causas da transexualidade e do suicídio na psicopatologia e na constituição biológica, hormonal, neuronal ou genética; ora nos processos de socialização e nas relações parentais; ora nos enquadramentos macrosociais, como efeitos das dinâmicas de relações de poder desiguais (Adams et al., 2017).

Resgatamos a incongruência classificatória dos manuais (Cano-Prais; Costa-Val & Souza, 2019) na intenção de demonstrar os fósseis morais que os regulam, concluindo que a incongruência e a patologia não são fenômenos que constituem essencialmente a transexualidade e nem o suicídio propriamente dito, mas constituem os discursos e práticas que, reiteradamente, buscam classificar, ordenar, hierarquizar e tratar ambos os fenômenos.

A partir desse apontamento, nos questionamos sobre “como desclassificar e cuidar ao mesmo tempo? Como desclassificar e utilizar da ordem biomédica para cuidar?” (Prado, 2018, p.51). O diagnóstico pode, em alguns casos, contribuir para um final suicida? (Butler, 2009). Como pensar em uma mudança como propõe Butler, (2011) de um *setting* de tratamento focado no marco patologizante para um *setting* de cuidado, que acolha existências e singularidades que escapam da lógica classificatória patologizante?

---

<sup>17</sup> “Essa perspectiva esclarece que as práticas e os discursos socialmente autorizados que integram o “dispositivo da transexualidade”, embora pareçam se sustentar em aspectos objetivos das corporalidades, carregam consigo uma dimensão moral que inclui elementos valorativos sobre certo ideal ocidental” (Duarte, 1998 apud Cano-Prais, Costa-Val & Souza, 2019, p.16).

É impreterível que tais discussões avancem da prerrogativa de um uso estratégico do diagnóstico, para que seja possível refletir sobre as implicações psíquicas deste diagnóstico, especialmente para jovens trans que podem ser mais afetados.

**Algumas vezes, o diagnóstico assassina a alma; e, algumas vezes, torna-se um fator para o suicídio.** Assim, o que está em jogo neste debate é altamente importante, pois parece ser, afinal, uma questão de vida ou morte; para alguns, o diagnóstico parece significar a própria vida e, para outros, o diagnóstico parece significar a morte. Para outros, ainda, ele pode muito bem ser uma benção ambivalente ou, de fato, uma maldição ambígua (Butler, 2009, p.98).

Como pontua Prado, (2018) despatologizar não deve ser equivalente a descuidar nem a desassistir. Nesse sentido, é necessário pensar uma autonomia também em relação a Psicologia no seu exercício profissional e esperar uma Psicologia menos submissa aos fósseis morais e incongruências classificatórias que ela insiste em herdar de outras disciplinas, para além dos que ela produz no seu próprio campo. O fato é que a Psicologia nunca precisou de um manual classificatório ou de um diagnóstico para cuidar. Quem sabe, apostando na escuta e no aprendizado junto a experiências que ora se conformam, ora implodem tais manuais, possamos produzir uma Psicologia que não viole as subjetividades em nome do cuidado.

### **Suicídio como destino**

Atualmente, as possibilidades de reprimir a ocorrência do suicídio começam a ganhar destaque a partir da saúde pública e da lógica da prevenção, que se materializam a partir das noções de risco de saúde, de vida, de morte (Castiel & Diaz, 2007). Cada vez mais, a população (e o povo) são vistos como portadores de um perigo iminente e de um comportamento irracional que precisam ser ordenados, classificados e medicalizados. Medidas profiláticas para evitar o suicídio ganham centralidade. O discurso sobre o suicídio, é sobretudo, o discurso sobre a vida e seu ordenamento. O risco (de suicídio, mas não apenas) enquanto categoria epidemiológica e clínica, vai se configurando também como uma categoria performativa que não apenas atravessa mas, sobretudo, constrói subjetividades, que serão marcadas com uma maior propensão ao destino fúnebre que é o suicídio, como veremos adiante

A identificação e gestão dos fatores de risco individuais para o suicídio, predominou por décadas nas pesquisas no campo da suicidologia. Heidi Hjelmeland (2016) aponta que a maioria dos estudos sobre suicídio objetiva examinar os fatores de risco em diferentes contextos ou com diferentes

grupos, apontando para uma falta de criatividade metodológica neste campo. Destacamos que a noção de risco, (risco de saúde, risco de morte, risco de suicídio) muito mais do que uma categoria epidemiológica e clínica, é também uma categoria performativa que cria associações e realidades entre os sujeitos e os números.

Podemos fazer um paralelo com a epidemia de HIV/AIDS, para mostrar como os discursos de especialistas, a partir dos dados epidemiológicos vão, pouco a pouco, produzindo uma noção de traço identitário de um grupo que carrega em si tal patologia (Junqueira & Prado, 2020). Estar com hiv/aids nos anos 80, por exemplo, independente da sexualidade, era ser identificado como parte do ‘grupo de risco’ e associado ao “câncer gay”. Associação que funcionava como uma espécie de naturalização dessas mortes. De modo semelhante, associações vão sendo construída entre pessoas trans e suicídio.

Como a literatura da suicidologia aponta taxas muito maiores de ideação e de tentativas de suicídio em pessoas trans, cria-se uma causalidade direta entre ser transgênero com um fator de risco para o suicídio. Em outras palavras, “não ser cisgênero e/ou heterossexual é um preditivo de risco para o autoextermínio” (Botega, 2015).

Estudos epidemiológicos e quantitativos são centrais para a compreensão do fenômeno e para criação de políticas de prevenção, todavia, podem gerar alguns inconvenientes analíticos (Orozco Villa, 2021). O autor aponta que um deles é a determinação biológica de uma experiência social, ou seja, uma biologização do comportamento suicida, que associado a transtornos mentais, passa a ser entendido como algo que reside no interior do sujeito, uma espécie de predisposição biológica. Nesse sentido, a partir do discurso epidemiológico do risco, o suicídio aparece como um traço característico de certas populações, por exemplo, como um traço inerente da personalidade de pessoas trans, configurando-se ao mesmo tempo, como uma natureza e um destino.

Considero que há algo para além de uma biologização nesse processo, ao que tudo indica, há sobretudo uma psicologização que atua incessantemente na patologização dos sujeitos que rompem com as normas de gênero e sexualidade, ao postular que estes são “psicologicamente” mais vulneráveis ao suicídio.

Este procedimento que vincula no interior dos sujeitos uma predisposição ou tendência a um destino fúnebre, descontextualiza o sujeito da sua história, do seu tempo, das suas relações, ao responsabilizar e culpabilizar o mesmo por seu sofrimento. Cria-se uma causalidade entre o pertencimento a uma determinada população (ser trans) com a suicidalidade, como se o problema estivesse, portanto, em ser trans (Cover, 2012). Ao mesmo tempo, ocorrem operações de naturalização e essencialização do suicídio no interior do sujeito. Essa essencialização aparece na lógica biomédica atrelada a ideia de tendência e de propensão ao suicídio, em uma perspectiva

concomitantemente biologizante e psicologizante, produzindo um caráter suicidário inato ao sujeito trans.

Na medida em que causalidade e correlação são confundidas em leituras organicistas sobre o suicídio, como as apontadas acima, diversos inconvenientes analíticos surgem, visto que tais análises “não apenas repetem, sob novas vestimentas ‘científicas’, as velhas teorias da degenerescência do século XIX como reproduzem a perigosa racionalidade que culminou nos campos de concentração nazistas.” (Araújo, 2022, p.73). Tais leituras reduzem todo um sofrimento que chamamos de ético-político à expressão da identidade de gênero, invalidando assim a experiência de sofrimento dos sujeitos.

Interessante notar como esta lógica da tendência e da propensão, que inicialmente seria contraditória a ideia do suicídio como escolha, se articula com a razão neoliberalista que classifica o autoextermínio na ordem de uma escolha pessoal e individual. Que escolha é possível quando o sujeito já é geneticamente e psicologicamente propenso e tendencioso a fazê-la? Ao mesmo tempo em que o sujeito não tem escolha frente ao suicídio, por ser naturalmente propenso ao mesmo, é visto como alguém que não foi forte o bastante, não foi resiliente o bastante e sucumbiu ao mal. Sua “condição” de transgeneridade já inaugura todo um destino que tem como direção o autoextermínio.

A Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise trazem em seu histórico constantes tentativas de localizar a origem do sofrimento e dificuldades psicológicas no interior dos sujeitos, em seus corpos, tratando o contexto social como opcional e uniforme. Nesse sentido, é preciso levar em consideração que tanto os dissidentes sexuais e de gênero como as mortes voluntárias, longe de serem fatos dados e naturais, têm uma história que é perpassada por relações de poder-saber<sup>18</sup> tornando-se objeto que é, ao mesmo tempo, descrita, produzida e regulada por psiquiatras, psicólogos, psicanalistas e educadores.

A tríplice pecado-crime-doença, ao mesmo tempo que relega as transexualidades ao campo do anormal, assegura à cisheterossexualidade o status de regra, de naturalidade, de normalidade e de norma. Já com relação ao suicídio, a mesma tríplice instaura o problema no interior do sujeito que se torna pecador, criminoso e doente, escondendo assim, todas as circunstâncias sociais que atuam na produção do suicídio, bem como os efeitos dessa própria categorização.

Além disso, essas diferentes representações do suicídio, longe de terem sido superadas pela perspectiva biomédica patologizante, convivem com ela exercendo maior ou menor influência, a depender do contexto, produzindo uma série de práticas regulatórias em nome da prevenção. A própria linguagem com a qual abordamos o ato suicida é reflexo desse histórico, uma vez que constantemente é dito que determinado sujeito ‘cometeu’ suicídio. Tal expressão guardar uma série

---

<sup>18</sup> Vide as obras de Foucault: História da Sexualidade; História da Loucura; Vigiar e Punir.

de relações com a criminalidade, e convêm lembrar, que criminalização e patologização andam sempre de mãos dadas<sup>19</sup>.

As formas de patologizar a diversidade sexual e de gênero se mostram constantemente atualizadas e evidentes nos campos do conhecimento em que a diversidade de gênero está associada ao risco (De La Espriella, 2007 apud Orozco Villa, 2021). Para além das relações de causalidade, é importante elucidar qual a função biopolítica de determinados usos da epidemiologia e de categorias como, risco, prevenção, saúde. É importante considerar que os discursos sobre a saúde, nunca se referem tão somente a dimensão da saúde, ou dos riscos à saúde, carregando consigo os valores de determinada época e cultura (Castiel & Diaz, 2007).

A epidemiologia é um campo de conhecimentos necessários para o âmbito das análises e intervenções sanitárias. Mas está longe de ser suficiente como, por vezes, aparenta. Como disciplina empiricista, não consegue proporcionar compreensão satisfatória (nem assume sua fragilidade neste sentido) diante da complexa dinâmica entre a situação de saúde de pessoas/populações e as aceleradas mudanças socioculturais e subjetivas (que tendem a ser categorizadas de modo demasiadamente simplificador sob a égide das ‘variáveis psicossociais’), uma vez que tais variáveis se mostram ainda limitadamente inteligíveis. (Castiel & Diaz, 2007, p.56-57).

O tensionamento ético-epistemológico apresentado não corresponde a uma negação da epidemiologia muito menos das suas contribuições, mas sim, a necessidade de ampliação da mesma, no que tange ao grande guarda-chuva chamado de variáveis psicossociais como raça/cor, gênero, sexualidade, etc.

Para tanto, podemos refletir sobre a função do risco na patologização das infâncias e adolescências de pessoas trans, que recebem um diagnóstico próprio de Incongruência de Gênero na Infância. Aqui, a categoria de prevenção e redução dos riscos associados a “transexualidade” mostra-se fundamental para a defesa do diagnóstico, na qual os índices de maior risco em sofrimento mental, são usados como prerrogativa para a construção de uma intervenção precoce nas infâncias.

---

<sup>19</sup> “[...] na França, o corpo de quem tirava a própria vida era arrastado pelas ruas e depois pendurado em forcas. Além disso, a lei francesa do século XVII exigia que se jogasse o corpo do suicida no esgoto ou na lixeira da cidade. Na Alemanha, os corpos eram postos em barris, que deslizavam para o rio, de forma que não conseguissem voltar à sua cidade natal. Na Noruega, os cadáveres dos suicidas deveriam ser enterrados junto aos demais criminosos na floresta ou jogados na maré. No século XVII, houve mudanças nos padrões relativos ao ato suicida na Inglaterra e nos Estados Unidos: um em cada dez vereditos de suicídio foi classificado *non compos mentis*, ou seja, como decorrente de insanidade. Por volta de 1800, todos os casos de suicídio eram vistos da mesma forma: como ato insano. Porém, apesar de considerado como insanidade nos dois países, até 1961 na Inglaterra e no País de Gales o suicídio era considerado crime, e na Irlanda, até 1993.” (Araújo e Bicalho, 2012, p. 726).

## Diagnósticos

Nos textos: “Diagnósticos Benevolentes na Infância: crianças trans e a suposta necessidade de um tratamento precoce” (Favero & Machado, 2019) e “Entre a pressa e a demora: infância de travestis e pessoas trans sob a lógica do relógio” (Machado & Favero, 2022) as autoras discorrem amplamente sobre as implicações do diagnóstico de Incongruência de Gênero na Infância, ressaltando as incoerências de postular a necessidade de diagnóstico e de assistência precoce para evitar riscos. Tal atitude é descrita como uma atribuição psicologicamente ambígua por reiterar o estigma da transexualidade como causadora de sofrimento em si mesma e por reproduzir a lógica de atendimentos individuais como suficientes para a resolução de questões estruturais.

Para as autoras, tal posição revela o aspecto tutelar a que se compreende tal diagnóstico, por entender a transexualidade como um risco iminente que deve receber amparo. Além disso, ao diagnosticar uma infância trans como incongruente, não se está apenas propondo um modelo em saúde, mas também situando a transexualidade como um *a priori* clínico, na medida em que se constrói uma infância congruente, a cisgênera. Ainda que a transexualidade tenha deixado o campo da saúde mental nos manuais e diagnósticos como CID e DSM, ela não deixa de ser situada a partir de critérios diagnósticos. Inversamente, de forma provocativa, as autoras propõem pensar se faria sentido a ideia de um diagnóstico da cisgeneridade/heterossexualidade na infância.

Na esteira da discussão, compreende-se que o Diagnóstico para pessoas adultas se apresenta como estratégico, devido a sua capacidade de promover acesso a saúde, como hormonioterapia e intervenções cirúrgicas, o que não é o caso para as infâncias que trazem outras demandas que não a de intervenções cirúrgicas, que via de fato são impedidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Desse modo, resta a oferta da psicoterapia, como proposta de preparo para os futuros riscos que as crianças trans precisarão enfrentar.

Favero e Machado (2019), apontam que um diagnóstico de Disforia ou Incongruência na infância é ambíguo na medida em que pode levar ao alívio do sofrimento, ao mesmo tempo em que causa o próprio sofrimento que precisa ser aliviado. Nesse sentido, o diagnóstico quando não relacionado a fins estratégicos, produz mais adoecimento do que possibilidades de ação. De forma contundente, as autoras apontam que é no campo das infâncias e adolescências trans que o diagnóstico assume a forma de benevolência.

Não se busca diagnosticar a infância para fazê-la mal de alguma forma, mas para protegê-la de algo: da ausência de políticas públicas, do preconceito, da escola, dos próprios pais, etc. E em nome das próprias crianças, o diagnóstico de Incongruência de Gênero tem sido defendido. Não é devido ao interesse dos profissionais em realizar suas pesquisas, ou à determinada

reserva de mercado, mas em suposta razão do bem-estar da infância. O que nos revela o aspecto tutelar do diagnóstico de gênero na infância, por entendê-la como um **risco eminente** que deve receber amparo de consultórios em saúde mental (Favero & Machado, 2019, p.111, grifos meus).

Nesse sentido, as autoras pontuam que a via do diagnóstico seja talvez a forma mais controversa de tentar evitar e prevenir os riscos do preconceito e da transfobia. O que se defende é a ideia de uma despatologização, não de uma desassistência, visto que a Psicologia “nunca precisou de um diagnóstico para prover suporte e proteção a alguma população, especialmente crianças. E também não necessitou recorrer a um manual de saúde para isso” (ibidem).

### **As diferenças de temporalidade nas experiências de jovens trans intersexuais**

Há que se destacar ainda as formas pelas quais a categoria de risco articula uma série de procedimentos técnicos e políticos de ajustamento dos corpos trans e intersexuais na tentativa de adaptação ao sistema binário de gênero. A intersexualidade é definida por Oliveira (2015) como a condição corporal das pessoas que nascem com órgãos reprodutivos e anatomia sexual em desconformidade com o modelo binário masculino e feminino, sendo considerada pelos manuais médicos uma anomalia ou distúrbio do desenvolvimento sexual.

Considerada caso médico, a intersexualidade é reduzida a um viés patologizante, que redundava nas intervenções médicas e cirúrgicas, chamadas cirurgias de normalização do sexo, que em muitos casos, não tem participação familiar muito menos do próprio sujeito. Soma-se a isso, o fato de grande parte destas intervenções acontecerem logo que seja possível observar a intersexualidade no corpo, sendo o corpo do bebê o alvo privilegiado das políticas de prevenção do risco. A autora questiona em que medida os processos de intervenção cirúrgica nos corpos intersexuais consiste em uma prática de eugenia, portanto, um processo de atentado ao direito a saúde de pessoas intersexuais.

O pressuposto médico que amparava as cirurgias de correção para além da patologização, era o de que só seria possível garantir saúde mental e social das pessoas intersexuais a partir da correção dos órgãos sexuais externos, possibilitando que elas “desfrutassem” da aparência e funcionalidade dos corpos ditos normais, com vistas à reprodução e a atividade sexual na vida adulta. Defende-se a ideia de que as cirurgias de “binarização” sexual devem ser realizadas precocemente, para evitar as consequências catastróficas na vida adulta (Hemesath et al., 2019 apud Favero & Machado 2019). Resta saber as formas pelas quais se definiria qual o verdadeiro sexo do bebê intersexual. Onde se localiza o verdadeiro sexo? Em alguns casos, as análises de cromossomos, hormônios, gônadas internas e externas e dos genitais não são suficientes para que a equipe médica possa classificar o

sexo do indivíduo, revelando assim, o fracasso de tentar localizar a verdade do sexo no binarismo (Machado, 2008).

Retomando a ideia central do risco como categoria que articula a possibilidade das cirurgias eugenistas sobre a intersexualidade, que riscos são esses que tais cirurgias pretendem evitar? Em suma, o risco de ter um corpo intersexual em uma sociedade binária. Se há tecnologias corretoras e de adequação, optar por não as utilizar pode representar um processo de “manutenção da suposta monstruosidade e da inadequação, algo que se constrói como uma atitude perversa dos pais para com seus filhos” (Paula Gaudenzi, 2018, p.6). Como bem assinalou Foucault (2001), os hermafroditas eram considerados os “monstros” por excelência da Idade Clássica e, ao que tudo indica, continuam a sê-lo para as áreas da saúde.

Aqui é possível perceber uma diferença nos posicionamentos sociais a respeito de crianças e jovens trans. Quando falamos sobre crianças intersexuais, a temporalidade da intervenção é o quanto antes. Quando falamos de crianças e jovens trans não intersexuais, a temporalidade é outra, há uma ampla defesa de um postergamento de procedimentos cirúrgicos, que só podem ser acessados após a maioridade penal.

A perspectiva da benevolência discutida no diagnóstico de crianças trans, também se faz presente no tratamento destinado às crianças e jovens intersexo. Parte-se da compreensão de que é necessário operá-las o quanto antes para evitar o risco de disfunções psicológicas e sociais ao longo da vida (Favero & Machado, 2019). Nesse contexto, as cirurgias são pensadas, tanto para médicos quanto para familiares, como indispensáveis, mas também como humanitária e humanizantes, visto que possibilitam incorporar o corpo intersexual no regime da diferença sexual e da inteligibilidade social e, portanto, no registro da humanidade em vez da monstruosidade (Machado, 2008). Assim, o risco que se busca evitar é o de não ser reconhecido como homem ou como mulher, em suma como humano.

De um lado vemos profissionais médicos preocupados em “proteger” os indivíduos do estigma social e pais instados a salvaguardar seus filhos da ambiguidade sexual descrita como monstruosidade ou da “ausência de sexo” que retira seus filhos do universo dos seres que podem existir socialmente. Mas de outro lado, vemos movimentos de questionamentos às cirurgias e outras intervenções tecnológicas, seja em relação à negação da necessidade das mesmas, seja em relação ao momento adequado de manejo tecnológico sobre o corpo, entendido como aquele em que o próprio sujeito intersexual possa decidir a melhor prática para si (Gaudenzi, 2018, p.9).

Cabe ressaltar que todo esse gerenciamento dos riscos da “intersexualidade” não logra êxito no desaparecimento das questões que busca evitar, podendo ser o próprio processo de “gerenciamento” produtor do sofrimento (Favero & Machado, 2019). Em que medida tais cirurgias normalizadoras podem ser entendidas também enquanto cirurgias de apaziguamento do sofrimento dos familiares? A partir do trabalho de Machado (2008), ressaltamos a importância de discutir sobre os possíveis riscos envolvidos na manutenção de um dimorfismo sexual a qualquer preço. Destacamos que a verdade do sexo, não é uma propriedade essencial dos sujeitos, mas, sobretudo, produto de diversas tecnologias sociais e discursivas. Há que se ter coragem pra reivindicar a legitimidade de viver a deriva da cisheteronorma diriam alguns, mas sobretudo, destacamos a coragem e o sangue-frio necessárias para manter a repetição da norma (Preciado, 2020).

**Por fim, destacamos que ao romper com a suposta coerência do sistema sexo-gênero-desejo, as crianças e adolescentes trans são vistas como um RISCO a sua própria vida.** O suicídio, ou mais especificamente o risco de suicídio, aparece então como o fantasma que assombra as transexualidades, servindo de alicerce para que os profissionais elaborem, em nome da saúde, toda sorte de práticas terapêuticas que se configuram em um complexo dispositivo de políticas performativas do suicídio (conceito explorado mais adiante).

Compreender a dimensão ético-política do sofrimento é fundamental para lidar com o fenômeno do suicídio de dissidências sexuais e de gênero. Desse modo, uma análise do suicídio a partir de uma perspectiva crítica de gênero faz-se necessária para questionar posturas essencialistas e compreender o suicídio a partir do contexto em que ele é produzido, e não como uma expressão inerente da patologia (Orozco Villa, 2021). O campo da suicidologia crítica tem sido importante para romper com a essencialização do fenômeno, utilizando o gênero como categoria de análise para desestabilizar leituras biológicas sobre sexo e reconhecendo os significados culturais que se inscrevem nas dinâmicas do suicídio (idem).

A partir desses apontamentos, percebemos que é necessário um cuidado metodológico e analítico para não reduzir o fenômeno. Pensá-lo a partir dos estudos de gênero requer sobretudo uma politização do sofrimento, assumindo que ele não está desassociado de contextos sociais, econômicos, políticos e culturais e não se limita ao discurso do especialista. A escuta dos jovens trans permite evidenciar e desestabilizar interpretações do suicídio que estão atravessadas por leituras essencializantes e patologizantes, que reiteradamente invisibilizam e desconsideram situações sociais e políticas acerca do suicídio, interiorizando no cerne dos indivíduos, as causas e motivações para a morte voluntária.

## Políticas Performativas do Suicídio

Em que medida toda essa construção de uma colagem entre transexualidade e suicídio estabelece critérios para acesso às políticas de saúde transespecíficas? Quais valores e hierarquias são mobilizados para decidir quem pode ser incluído no processo transexualizador ou mesmo para construir políticas de prevenção do suicídio? Como as normas e políticas existentes atribuem reconhecimento diferenciado?

Retomo os sentimentos morais em Fassin (2012) como um elemento importante das políticas atuais. Segundo o autor, os sentimentos morais se tornaram uma força essencial da política, pois fundamentam discursos e legitimam diversas práticas. Os sentimentos morais dizem respeito às “emoções que direcionam nossa atenção ao sofrimento de outros e faz com que queiramos resolvê-los” (Fassin, 2012, p.2). O suicídio é um fenômeno complexo que desperta diversos sentimentos em cadeia a um conjunto de pessoas que, de alguma maneira, lida com ele. Para evitá-lo, bem como atenuar os danos causados nas pessoas próximas que perderam alguém por suicídio, estabelecem-se políticas de prevenção e de posvenção.

Na literatura da suicidologia, diversos estudos têm apontado a importância de políticas de afirmação de gênero para adolescentes trans, como por exemplo, bloqueamento puberal (puberty block) e hormonização para afirmação de gênero (gender-affirming hormones). A importância de tais tratamentos se justifica a partir da redução de ideação e de tentativas de suicídio, bem como na redução dos sintomas de ansiedade e depressão (Tordoff et. al 2022; Kuper et.al, 2020). Desse modo, o suicídio e sua prevenção, se constroem como importantes elementos para a manutenção desses tratamentos. Todavia, a centralidade que o suicídio assume em tais políticas pode configurar discursos e práticas que implicam em uma bricolagem causal e essencialista entre juventude, transexualidade e autoextermínio.

Para conseguir acesso a um laudo, receita ou cirurgia, pessoas trans são levadas a adotar um léxico médico em suas consultas na qual, de um lado está o que o médico precisa ouvir e do outro o que a pessoa trans precisa dizer para que se configure nesse exercício, um reconhecimento daquele sujeito enquanto apto ou não a acessar determinada política de saúde. Ênfase que o sofrimento é, portanto, a via de acesso as políticas de saúde, sendo o elemento essencial para pleiteá-las. De tal modo, o direito de acesso a determinadas políticas de saúde como o processo transexualizador, é garantido apenas mediante a constatação de uma psicopatologia inerente e seu diagnóstico, o que continua a estabelecer empecilhos para a efetivação da despatologização das transgeneridades na saúde.

As normativas para o processo transexualizador, por exemplo, estabelecem os critérios para seleção e acompanhamento dos pacientes, que funcionam sobretudo como um modo de

enquadramento dos sujeitos em uma lógica binária, buscando contemplar os sujeitos em recortes rigidamente masculinos ou femininos. Para tanto, o sofrimento traduzido em disforia ou em comportamento suicida/autolesivo, torna-se o critério que garante a fronteira entre os que podem e os que não podem acessar o processo transexualizador.

Apenas o desejo de acessar essas políticas, não é suficiente. O sujeito precisa evidenciar que é portador de uma condição que traz sofrimento para que possa acessar o serviço. É o *páthos* e não o desejo, o ponto de partida e ingresso na política de saúde transespecífica. O corpo em sofrimento, torna-se, portanto, recurso legal para acessar certos direitos, que o desejo, por si só, não garante.

Nesse sentido, o acesso a determinadas políticas de saúde é profundamente marcado por uma experiência humilhante de ter que usar o sofrimento como recurso para garantir o desejo e o direito de existir. A patologia e o diagnóstico tornam-se recurso social. Fassin (2014) já denunciara, em diferentes contextos, o processo de tornar determinadas categorias nosológicas um simples reflexo da natureza dos corpos, velando os processos sociais que inscrevem tais nosologias sobre os corpos.

Nesse campo de disputa, os índices de suicídio são mobilizados como recursos que justificam a existência de políticas de saúde específicas para a população trans. É o sofrimento em diferentes dimensões e discursividades, atuando como elemento central na política. Ainda que atualmente a despatologização da transexualidade tenha alcançado diversos patamares, a doença, o diagnóstico e o sofrimento continuam sendo a base bem-sucedida de reivindicação para muitas pessoas trans que almejam acessar políticas de saúde, principalmente às de cirurgias de afirmação de gênero. Fassin (2005) denomina de biolegitimidade, a legitimação de direitos em nome do corpo que sofre.

Como efeito, de um lado, tem-se a introdução de sentimentos morais na política, que seria indicativa de uma dinâmica emocional que conduz nossa atenção ao sofrimento dos outros - a tal ponto que muitos conectam afetos com valores, sensibilidade com altruísmo, moralidade com emoções. De outro lado, o controle ambíguo sobre esses sujeitos é possível de ser exercido apenas na medida em que sejam reconhecidos como pobres e desafortunados. É na imbricação destas duas dimensões que a eficácia dessa gramática injuntiva ou, mais precisamente, dessa economia moral se concretiza (Kopper, 2014, p.364).

Ainda que a literatura científica corrobore os benefícios de um tratamento afirmativo na redução do índice de suicídios da população trans, na disputa política operam-se diversas torções desses saberes. Desse modo a utilização da categoria do suicídio opera também de modo oposto ao que temos demonstrado até aqui, buscando garantir não o acesso a saúde e as políticas, mas ao contrário, visando impedir tal acesso.

Em se tratando de direitos de saúde transespecífica, diversos sentimentos morais são elencados tanto para sua efetivação quanto para seu impedimento. Nesse sentido, é comum que as pessoas deslegitem as políticas voltadas para pessoas trans, alegando que existem problemas muito mais graves para serem enfrentados, como pessoas (cis) internadas em UTI, morrendo sem recursos ao mesmo tempo em que relegam a saúde transespecífica a um problema “estético” e, portanto, não prioritário.

Como vimos, o Processo Transexualizador no SUS, ampliado em 2013, definia que a hormonização só pode ser iniciada com 18 anos ou mais, já os processos cirúrgicos apenas a partir dos 21 anos de idade, desde que tenha pelo menos 2 anos de acompanhamento com equipe multiprofissional. Depois disso, a resolução do CFM nº 2.265/2019, reconheceu a possibilidade do início de hormonização cruzada aos 16 anos de idade e possibilitou também cirurgias de redesignação de gênero a partir dos 18 anos, desde que haja acompanhamento prévio de 1 ano com a equipe multiprofissional no Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador.

Em uma atitude sem precedentes na história brasileira, um ministério do Governo Federal publicou nota de repúdio ao CFM pela publicação da Resolução n.º 2.265/2019. A nota<sup>20</sup> publicada pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH), em 2020, se posiciona de maneira contrária as resolutivas do Conselho Federal de Medicina que asseguram as terapias afirmativas para jovens trans, como podemos observar nos trechos abaixo:

Nesses termos, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos vem a público reafirmar que Resolução n.º 2.265/2019 do Conselho Federal de Medicina provoca grave violação ao ordenamento jurídico nacional, podendo, se aplicada a crianças e adolescentes, produzir efeitos nefastos e de proporções inimagináveis na vida desses sujeitos em desenvolvimento, que justamente por esta condição, devem ser protegidos de toda e qualquer forma de interferência artificial em seu pleno desenvolvimento” [...] A Resolução do CFM, ao estipular a idade para a intervenção hormonal a partir de 16 anos, afronta diretamente a legislação civilista, sendo ainda um ato atentatório à Constituição Federal, bem como todos os diplomas protetivos de crianças e adolescentes, entre eles o ECA” (Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2020).

Em um documento do Governo Federal no âmbito do MMFDH intitulado “Boas práticas na implementação dos Sistemas de Informação para Infância e Adolescência”, em que constam a transcrição de diversas palestras, a temática da transição como risco para o suicídio de jovens é

---

<sup>20</sup> <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/novembro/nota-1>

expressiva, sintetizada sob o sintagma da ideologia de gênero, como uma prática a ser combatida. Alguns trechos desse documento podem exemplificar a leitura que se faz a respeito das políticas de saúde transespecíficas como algo a ser combatido:

- 1) “Condicionar crianças a acreditarem que uma vida inteira de personificação química e cirúrgica do sexo oposto é normal e saudável, é considerado uma violência contra a criança. É um tipo de abuso infantil” (Filho, 2021, p.128).
- 2) “Além de tornar os indivíduos obviamente estéreis pela “mudança de sexo”, a fragilização que se segue à disseminação de uma ideologia que os faz negar sua própria realidade biológica torna-os escravos de seus próprios desejos, totalmente fragilizados diante da autoridade estatal e submissos aos grandes grupos econômicos” (Tonietto, 2021, pp.88-89).
- 3) “As crianças submetidas a cirurgias de “mudança de sexo”, eufemismo para castração e deformação do próprio corpo, ou criadas como se pertencessem ao sexo oposto – como no famoso caso Reimer, de trágico desfecho – por vontade de seus pais enfrentam traumas para o resto da vida” (Tonietto, 2021, p.89).
- 4) “Quanto aos adultos que voluntariamente realizam esse procedimento, segundo pesquisa realizada pela Fundação Americana para a Prevenção do Suicídio e pelo Instituto Williams com 6.500 “transgêneros”, mais de 41% tentaram cometer suicídio” (Tonietto, 2021, p.89).
- 5) “O índice de suicídio na população trans é três vezes maior que na população geral. Isso demonstra que realizar cirurgia de transgenitalização não é um fator protetor para suicídio como muitos profissionais alegam” (Shiba, 2021, p.104).
- 6) “A cura da dor psíquica vem de dentro para fora e é um processo que envolve exclusivamente a complexa rede de emoções e os pensamentos acerca de seu mundo interno e externo. Mudar a estética dos genitais e adotar um novo visual de modo algum trará resolução para os vazios e conflitos existenciais” (Shiba, 2021, p.112).

Como demonstram Favero e Machado (2019), a infância e a adolescência trans no âmbito da saúde aparecem sempre sobre o crivo tutelar, situando a “proteção” como a justificativa chave para o atendimento delas. Neste campo de disputa, a negação de terapias afirmativas insiste em se exibir como benévola, tendo como embasamento teórico a preocupação com os riscos de suicídio e demais riscos dos processos de hormonização. O que está em jogo não é uma perspectiva científica, mas uma economia moral que opera a partir da generosidade e da proteção dos familiares das crianças trans, bem como a construção de boas práticas que institucionalizam a cisgeneridade como um fator de proteção do suicídio.

Em nome da proteção, em 2023, o Brasil apresentou um novo projeto de lei anti-trans por dia, segundo levantamento da Folha (Avelar, 2023). As propostas na área da saúde buscam impedir o acesso de crianças e adolescentes trans a procedimentos médicos, como o uso de bloqueadores de puberdade e hormônios alegando, em sua maioria, que tais procedimentos são uma violência e que crianças e adolescentes não teriam discernimento para poder decidir sobre o uso dos mesmos. Em 2024, foram mapeadas 77 leis anti-trans em vigor em 18 estados brasileiros (Avelar, 2024).

A partir disso, evidencia-se como a categoria do suicídio tem sido central e indissociável no que tange a saúde da população trans, disputando os sentidos do que significa boas práticas; proteção e violência. O percurso evidenciado até aqui sugere que historicamente, no discurso biomédico, o suicídio tem sido colado às transexualidades a partir de marcadores específicos como risco, propensão, tendência, tornando a transexualidade uma identidade essencialmente suicida. Em suma, repatologizando a transexualidade não mais a partir da ruptura entre sexo e gênero, mas a partir de uma vulnerabilidade ao suicídio.

Em suma, Políticas Performativas do Suicídio podem ser caracterizadas como esse complexo dispositivo<sup>21</sup> que envolve ideias, normas, práticas e políticas relacionadas ao gênero e a sexualidade, e que articulam o suicídio como categoria mobilizadora de diversos agenciamentos. Entende-las enquanto performativos a partir de Butler, significa compreender que esse conjunto de atos descritos não são simplesmente expressões de uma identidade preexistente, mas sim a própria constituição dessa identidade.

Temos que a categoria suicídio não apenas atravessa as categorias de gênero e sexualidade, mas as performa a partir das diferenças entre o suicídio de homens e de mulheres, e da diferença entre os suicídios de pessoas cisgêneros e pessoas sexo-gênero diversas. Nesse processo, o suicídio mobiliza, ao mesmo tempo, políticas favoráveis e desfavoráveis à diversidade, servindo de munição para dois lados em um campo de disputas da ofensiva antigênero.

O que está em jogo nesse dissenso não são apenas as formas de gestão dos corpos de crianças e adolescentes, mas, sobretudo, a produção de modos de existência que rompem com uma identidade pré-estabelecida, rígida e essencialista, que se outorga como natural e saudável. Ao refletir sobre os efeitos concretos das políticas nas vidas das pessoas, temos que não se trata apenas de discursos e tecnologias, sendo também “uma questão do modo concreto no qual indivíduos e grupos são tratados, em nome de quais princípios e de qual moral, implicando em quais tipos de inequidades e sub-reconhecimentos” (Fassin, 2009, p.57).

---

<sup>21</sup> Dispositivo pode ser entendido como uma rede heterogênea de "discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas" (Foucault, 2014, p. 364)

Em nome do cuidado, da proteção e da prevenção do suicídio, operam-se complexas políticas de governabilidade sobre crianças e adolescentes. A família, instituída como guardiã da juventude, assume uma importância fundamental, como veremos a seguir.

### **Políticas Familiares de Prevenção do Suicídio**

Qual o papel da família na prevenção do suicídio? Como trabalhar este tema com os filhos? Esta é uma das questões que a Suicidologia busca elaborar respostas. Todavia, neste tópico, nosso intuito é explorar de que forma a família tem se constituído como uma entidade foco de políticas públicas de prevenção do suicídio.

Mediante publicação do decreto nº10.225/2020<sup>22</sup>, foi instituído o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, e a regulamentação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, que estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.

Levando em consideração o entendimento do suicídio como problema de saúde pública, a construção de uma Política Nacional de Prevenção é um grande avanço, ao garantir a implantação de um programa que atua em nível federal, estadual e municipal, conjuntamente com a sociedade civil, a academia e as organizações não-governamentais. Todavia, para que a prevenção tenha efetividade, é necessário não apenas articulação intersetorial entre saúde, educação e assistência social, mas também mudanças estruturais no país, que visem garantir condições dignas de vida para a população<sup>23</sup>.

Como parte dessa política, o Governo Federal lançou em 2019 a Campanha “Acolha a Vida”, uma iniciativa da Secretaria Nacional da Família do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, que visa a prevenção ao suicídio e à autolesão de crianças, adolescentes e jovens. Para isso, o governo investe nas chamadas “Políticas Familiares”, que “permaneceram ocultas durante décadas, ofuscadas por ações destinadas a indivíduos, em desconsideração aos contextos e matrizes de referência (Políticas de Prevenção, 2019)”.

A partir do que já discutimos até aqui sobre a insuficiência de pensar as políticas de prevenção apenas a nível individual, a ideia de políticas familiares de prevenção do suicídio parece contemplar as demandas de uma suicidologia crítica, mas para saber se de fato, tais políticas são um avanço,

---

<sup>22</sup> [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/d10225.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10225.htm)

<sup>23</sup> “Constatamos que, ainda que tenhamos o maior sistema público de saúde do mundo, não é concedido ao SUS o protagonismo no qual o sistema teria capacidade de exercer no enfrentamento ao suicídio, estando presente em poucas legislações estaduais e não aparecendo na Lei nº 13.819/2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Assim como também não é prevista a ampliação dos recursos necessários para garantir a atenção em saúde adequada à demanda, por parte dos serviços públicos” (Aguilar, 2023, p.167).

precisamos conhecer mais sobre elas. Com relação aos objetivos: “As políticas familiares visam oferecer o suporte familiar necessário à valorização da vida de crianças e jovens em resposta ao crescimento da mortalidade por suicídio nestas faixas etárias” (Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2019).

Desde os séculos XVIII e XIX, a família vem se tornando um operador incessante de intervenção do Estado, ocupando posição estratégica na gestão dos corpos e da população. A centralidade da família é destacada por Saraiva (2016), como um dos novos paradigmas da atual política de assistência social e, como veremos, a família tem se tornado peça central nas políticas de prevenção do suicídio. Tal centralidade se torna possível a partir de diferentes dispositivos, como marcos legais e regulatórios, mas, sobretudo, pelos saberes e práticas da Psicologia, Serviço Social, Medicina, e outras disciplinas (Tolentino, 2023).

A gestão da vida tratada pela família se liga intimamente a uma noção de risco e periculosidade que, desde a biopolítica, expande-se de modo a conter não apenas as infrações cometidas pelo sujeito, ocupando-se também da possibilidade de vir a infringir determinado conjunto de normativas. Nesse sentido, Tolentino (2023) aponta que a ideia da prevenção e do risco se atrela a uma gestão não apenas do que se é, mas do que se pode vir a ser, gestão do devir, das virtualidades, que tem a família como um dos seus operadores centrais.

Podemos resgatar a tecnologia familista de [des]proteção, como elaborada por Tolentino (2023), onde familiarização ou familismo consiste no processo que amplia a participação das famílias em detrimento da participação do Estado no atendimento de necessidades sociais e na oferta de bem-estar. Quando pensamos na infância e adolescência, a Constituição já estabelece a predominância da família sobre a sociedade e o Estado, no que se refere à proteção dispensada às crianças e jovens. Essa transferência legal de responsabilidade do Estado à Família não seria necessariamente um problema se houvesse a presença de políticas públicas que garantissem os direitos básicos dos jovens, todavia:

o que se percebe, na década de 1990 e nos anos 2000, é a ausência de ações públicas robustas voltadas para esse público, o que faz com que as famílias assumam responsabilidades de proteção além daquelas previstas no ordenamento legal. Essa perspectiva não quer dizer que as famílias não tenham responsabilidades de proteção aos seus membros. O fato é que o reforço legalmente das responsabilidades às famílias descoladas de políticas públicas que auxiliem, em alguma medida, significa a desresponsabilização do Estado, o que pode prejudicar o exercício da cidadania dos sujeitos. (Santos, 2017 p. 393).

Em que medida, portanto, os esforços em colocar a família como central na rede de prevenção do suicídio, significa ausentar o Estado da responsabilidade de tal prevenção, ao mesmo tempo em que responsabiliza as famílias, entendidas como disfuncionais, pelo autoextermínio dos seus membros? Podemos resgatar as atividades elaboradas dentro do conjunto amplo de Políticas Familiares do MMFDH para refletir sobre os sentidos, deveres e expectativas produzidos pelo Governo na redução dos suicídios de jovens.

Em termos acadêmicos, houve a produção de um estudo elaborado pelo MMFDH intitulado “O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida” de 2019. Tal estudo busca levantar as bases fundamentais do suicídio e da automutilação enfatizando os casos entre jovens “buscando uma avaliação do problema sob a perspectiva familiar e da valorização do sentido da vida” (Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, 2019). O estudo pretende avaliar o suicídio sob a ótica da família, mas não há nem mesmo uma tentativa de definição do que significa família, redundando em um achado tautológico de que a família é central no enfrentamento do suicídio e da automutilação.

A família é tratada como uma entidade universal e homogênea, bem como a juventude, que parece ser a mesma para todos, independente de classe, raça, etnia, gênero, sexualidade etc. Por último, o estudo traz uma lista com diversas recomendações sobre a criação dos filhos, que podem ser sintetizadas na recomendação: “ame seu filho” (Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, 2019). O texto, de modo geral, parece mais esconder do que revelar as dinâmicas de maus tratos e abusos sobre crianças e jovens, localizando todo o problema na “falta de sentido” dos jovens com relação a vida e no uso “imoderado” de novas tecnologias.

Já a cartilha “A família como suporte para lidar com o desafio do Bullying” (Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2022) lançado pelo MMFDH, define o bullying como um fenômeno que acontece quando: “uma ou mais pessoas tem atitudes agressivas, intencionais e repetidas contra outros” (p.2). A cartilha também informa que “bullying é assunto sério e que crianças que sofrem bullying podem desistir de viver por ficarem deprimidas e desesperançosas” (p.4).

A cartilha apresenta, de modo geral, o que é o bullying, sem apontar quem são as crianças que sofrem com o mesmo. Não há nenhuma menção sobre raça, classe, gênero ou sexualidade ou determinantes sociais do bullying e das violências. De acordo com dados da Antra (2022), 72% das mulheres travestis e transexuais não possuem o ensino médio, dados que revelam um processo que podemos chamar de expulsão, em vez de evasão escolar, na medida em que a Escola não é um espaço que permite a esses jovens serem quem são. Nesse sentido, a cartilha pretende instruir a família como ser suporte para o Bullying, mas desconsidera que as dinâmicas de bullying são reforçadas pelos familiares, principalmente quando se dão no campo do gênero e da sexualidade.

A cartilha invisibiliza os determinantes sociais do sofrimento. Segundo ela, quando a pessoa é alvo de bullying: “é como se a vítima não achasse ser capaz de interromper essa situação e acaba sofrendo com ela” (p.2). Essa frase produz, simultaneamente, responsabilização e culpabilização da vítima, que se vê como incapaz de interromper a situação de violência. A sentença destacada na cartilha evidencia que a vítima de bullying tem uma ideia distorcida da realidade, que faz com que ela se sinta incapaz, mesmo não sendo.

Em várias campanhas as pessoas com comportamento suicida são retratadas como pessoas que tem uma ideia distorcida de que a vida não vale a pena, e que basta se motivarem. Além disso, a cartilha exige potência de indivíduos socialmente impotentes. A impotência não pode ser reduzida a uma experiência de falha no juízo racional do sujeito, pois ela é expressão do lugar social e político que o sujeito é colocado pela sociedade (Araújo, 2022). Qual a potência podemos esperar de jovens que, cotidianamente, tem seu projeto existencial comprado pelos familiares que reforçam que enquanto estiverem sobre seu teto, serão como eles querem?

O Bullying não é uma manifestação de violência sem qualquer fator determinante, cujos alvos são escolhidos aleatoriamente. Inclusive a nomenclatura bullying lembra um nome novo para violências antigas, há muito conhecidas como preconceito (Antunes & Zuin, 2008). A partir das produções citadas é possível evidenciar uma precariedade na produção de uma política familiar de prevenção efetiva. Além disso, podemos pensar que os esforços na criação de uma política familiar de prevenção do suicídio, como demonstrado, ignoram que a realidade brasileira é marcada pelas estruturas coloniais de dominação e exploração. Tal política não propõem uma defesa amplas de direitos humanos. Ao desconsiderar e invisibilizar os determinantes sociais de saúde, também não institui direitos.

É possível afirmar que as políticas familiares de prevenção do suicídio em consonância com o neoliberalismo, relegam às famílias e em última instância, ao próprio sujeito, a responsabilidade pela sua vida e pela sua morte, e conseqüentemente pela própria prevenção do suicídio, eximindo o estado do seu dever. Cabe questionar, sobretudo, em que medida a família pode funcionar como um fator protetivo no tocante ao suicídio de jovens trans e travestis, além de questionar as prescrições de que manter o jovem no seio da família, é prevenção, visto que para muitos jovens trans, a família é um espaço de violação e não de proteção.

Nesse sentido, a fuga do contexto familiar aparece como possibilidade de manutenção da saúde física e mental. Dados da pesquisa “Fatores associados à ideação suicida entre travestis e transexuais assistidas por organizações não governamentais”, realizada no Rio Grande do Norte, revelaram que as pessoas travestis e transexuais que estavam no ambiente doméstico demonstraram maior proporção de ideação suicida quando comparados com aquelas que tinham sido expulsos do núcleo familiar (Silva, 2020a).

A fuga do contexto familiar fortalece o que Berkins (2012) chama de experiência de Desenraizamento, quando jovens trans e travestis são forçadas a deixar suas casas e até mesmo seus países, para buscar ambientes menos hostis, em processos de migração para grandes centros urbanos. Nesse sentido, há uma interrupção da infância que certamente, deixa marcas. O que se evidencia é que, quando há uma ruptura ocasionada pela revelação ou descoberta de uma orientação sexual e/ou identidade de gênero desviantes, a família atua como mais um dispositivo que visa assegurar as fronteiras da cisheteronormatividade, demonstrando uma proteção direcionada não aos filhos, mas sim às normas, costumes e tradições. Nesse sentido, estou com Preciado (2020), quando o autor interroga: “Quem defende a criança queer?” Quem defende os jovens trans?

Não obstante, a família também é descrita na literatura científica como fundamental rede de apoio e de proteção para o suicídio de pessoas trans (Cortes & Araújo, 2020; Wilson et al., 2016). Nesse sentido, a proximidade com os pais e uma postura de afirmação por parte destes, corrobora significativamente com a proteção da saúde mental, reduzindo significativamente sintomas como depressão e ansiedade, ao mesmo tempo em que promove autoconfiança (Cortes & Araújo, 2020).

No estudo conduzido por Cramer, Stroud, Fraser & Graham (2014), nos EUA, identificou-se que, quanto menor o apoio social e familiar recebido por pessoas LGBTQ+ ao longo de sua vida, maiores são as tentativas de suicídio. A não aceitação da família e de si próprio caracterizou não apenas o suicídio dos mais jovens (19-30 anos), presentes em 9 dos 10 casos, mas também se destacou no suicídio dos mais velhos (31-61 anos), presente em 7 dos 14 casos.

Desse modo, a literatura da suicidologia considera o suporte familiar um elemento central na prevenção do suicídio de pessoas LGBTQ+, visto que o risco de tentativas de suicídio aumenta em 20% nos ambientes em que não há apoio à orientação sexual dos jovens, em comparação aos ambientes que há suporte (Hatzenbuehler, 2011).

Além disso, quando falamos de trajetórias de jovens trans, a família desempenha um papel fundamental no acesso a políticas de afirmação de gênero, que também necessitam do consentimento dos familiares e/cuidadores para se efetivar. Esses dados revelam o tênue e heterogêneo lugar ocupado pelas famílias de jovens trans, que podem operar como produtora de saúde, ao acolher os filhos em sua diversidade, ou podem operar como fator de risco, aniquilando a possibilidade de existência dos mesmos.

## **Considerações Finais**

As indagações a respeito das relações entre juventude, suicídio e transexualidade foram o fio condutor dessa pesquisa. Temos então três grandes categorias com diversos estudos sobre cada uma,

mas surpreendentemente no Brasil não temos ainda quase nenhum estudo e pesquisa sobre suicídio de pessoas trans e em especial de jovens dissidentes. Essa escassa literatura nacional configurou-se como um primeiro desafio para a pesquisa, assim como a falta de dados governamentais a respeito das mortes nessa população, bem como a impossibilidade do acesso a vidas que já partiram.

Diante disso, a presente pesquisa objetivou: 1) compreender os relatos e configurações atribuídos pelos jovens trans ao autoextermínio; 2) Investigar a relação entre autoextermínio, gênero e sexualidade em jovens trans de Belo Horizonte e Região Metropolitana; 3) Analisar os modos pelos quais os discursos psicológicos sobre o suicídio dessa população produzem processos de subjetivação; 4) Descrever as estratégias que os jovens trans constroem para lidar com o suicídio.

A partir da incursão teórica no campo da suicidologia e das entrevistas com história de vidas de jovens trans assistidos pelo projeto Transpasse, foi possível compreender os relatos dos jovens a respeito das relações entre suicídio, juventude e transexualidade. Utilizando o método da Cena de Rancière, busquei deslocar os critérios de audibilidade e trazer para a cena vozes constantemente silenciadas. Retomamos aqui os pontos principais apresentados durante a pesquisa.

Pecado, crime e doença marcaram profundamente a história do suicídio, mas também das transexualidades. Mais do que uma evolução linear entre essas categorias, tanto o suicídio quanto a transexualidade são performados como uma mescla desses enquadramentos, como podemos perceber nos projetos de lei anti-trans (Avelar, 2024) e nos depoimentos de profissionais da Saúde que acolhem pessoas consideradas suicidas (Albuquerque et al., 2019).

Assim, interseccionam-se os estigmas que se associam, ao sujeito jovem, transexual e com comportamento suicida. A partir do enquadramento patológico, podemos dizer que são antes de tudo, destituídos da sua racionalidade, estando à mercê do saber médico e psicológico que os excluem da possibilidade de dizer sobre si mesmo, visto que em seu discurso não opera a lógica, apenas a desrazão, o sintoma e a doença. Dentro desse regime de verdade, são entendidos como incapazes de decidirem por si mesmos, destituindo-os de qualquer vestígio de autonomia. Por isso, foi necessário propor outros modos de pensar as experiências dos jovens trans, descolando e deslocando as tecituras históricas que se amalgamaram em torno dessas vivências.

A partir da análise dos documentos como as resoluções do CFM e o DSM foi possível concluir que a transexualidade enquanto categoria médica, nasce colada a categoria suicídio, sendo performada por esses documentos como uma identidade essencialmente suicida. Em um movimento que funde correlação com causalidade, a identidade de gênero passa a ser vetor de um risco acentuado de suicídio. Em outras palavras, não ser uma pessoa cisgênera e/ou heterossexual passa a ser um fator de risco para o suicídio. Tal lógica internaliza no cerne do sujeito, mais especificamente na sua identidade de gênero, o risco, a tendência e propensão ao suicídio, ignorando todos os determinantes sociais da saúde.

Assim, foi possível evidenciar um processo de repatologização das transexualidades não mais a partir da experiência de ruptura entre sexo e gênero, mas a partir de uma condição de vulnerabilidade ao suicídio. Classificar as transexualidades como fator de risco para o suicídio é desconsiderar que os riscos não estão nas experiências de transição, mas na forma como socialmente a possibilidade de vivenciar tal diversidade é aniquilada, como nos mostra a escuta dos jovens.

Essa repatologização da transexualidade a partir da categoria do suicídio também tem outros efeitos, visto que ela chancela a cisgeneridade e a heterossexualidade como fatores de proteção, bem como uma categoria de redução de danos, provendo subsídios para um aparato político antigênero que busca dismantelar toda a construção de direitos humanos na saúde transespecífica e ainda promove e legitima, pela essencialidade do risco, uma diversidade de práticas entendidas enquanto “cura gay”.

Além disso, há uma naturalização das mortes por suicídio de pessoas trans. Ao associar determinada identidade de gênero a um “grupo de risco” para o suicídio, estabelece-se uma certa normalização e banalização dessas mortes. Evidentemente há fatores que aumentam os “riscos” para o suicídio, a discussão está sobretudo nas bases essencialistas que a discussão sobre o risco assume, sendo apresentado como: pessoas transexuais tem risco acentuada para o suicídio, desconsiderando que esses fatores são socialmente e politicamente localizados.

Esses processos foram pensados como parte de um dispositivo ainda mais amplo que chamei de “Políticas Performativas do Suicídio” que designa um conjunto complexo de articulações em que o suicídio assume caráter central. A categoria suicídio é utilizada tanto para defender quanto para atacar as políticas de saúde transespecíficas. Entender os argumentos utilizados nessa disputa enquanto performativos, é tomar tais discursos não apenas como discursos que descrevem e representam o sujeito, mas como discursos que ativamente constroem o objeto sobre o qual discorrem.

Evidenciamos que é o *páthos* e não o desejo que garante o ingresso nas políticas de saúde transespecíficas. Nesse sentido, o suicídio enquanto expressão máxima de um sofrimento, é amplamente utilizado enquanto categoria agenciadora de justificativas para a manutenção de tais políticas. Por outro lado, a categoria do suicídio também é utilizada por diversos atores sociais com a finalidade oposta. Utilizando-se da essencialidade do risco, o suicídio é mobilizado como categoria para impedir que jovens trans possam acessar as políticas de saúde transespecíficas.

O entrecruzamento das categorias, suicídio, juventude e transexualidade por vezes assume um caráter protecionista e benevolente em nome do qual diversas práticas são defendidas, como por exemplo a defesa de um diagnóstico dessas experiências e a defesa de ações terapêuticas preventivas que visem proteger os jovens dos “riscos de viver uma vida dissidente”.

A partir do esforço teórico em descrever as “Políticas Performativas do Suicídio” foi possível destacar que certos enquadramentos teóricos representados pelos discursos biomédicos e

psicológicos, configuram-se como ferramentas de silenciamento e aniquilamento das subjetividades, constituindo-se assim, como uma base teórica que não só produz as “verdades” sobre os sujeitos que objetiva investigar, como também produz as próprias condições para a morte dos mesmos.

Desse modo, romper com a perspectiva individualista que toma o suicídio como “ato deliberado de tirar a própria vida” e que já estabelece o mesmo como algo individual em sua natureza, mostrou-se profundamente necessário para compreender os relatos e configurações atribuídos pelos jovens trans ao autoextermínio, como também para complexificar o entendimento sobre suicídio.

A escuta atenta da história de vida desses jovens sinalizou que as relações entre suicidalidade, gênero e sexualidades não são essenciais, muito menos propriedade psicológica de certos corpos, sendo totalmente contingenciais. A partir da metodologia da cena de Rancière, foi possível deslocar tais corpos dos lugares teoricamente a eles designados, fazendo ver o que não cabia ser visto e fazendo ouvir discursos onde antes só existia o ruído. As histórias dos jovens apontam que muito mais que um desejo de morte, há um desejo de vida, constantemente reivindicada por eles.

O termo *survivor*, cunhado por Edwin Shneidman, designa todos aqueles sujeitos que experienciam a morte por suicídio de alguém próximo. No Brasil, utiliza-se a tradução literal “sobrevivente” para designar as pessoas que sobreviveram a uma tentativa de suicídio. É possível afirmar que a sobrevivência aparece, portanto, como traço comum aos jovens entrevistados, que enfrentam cotidianamente as necropolíticas da cisheterobrutalidade.

## REFERÊNCIAS

- Adams, N., Hitomi, M., Moody, C. (2017). Varied reports of adult Transgender Suicidality: Synthesizing and Describing the Peer-Reviewed and Gray Literature. *Transgender Health*; 2(1):60-75.
- Associação Nacional de Travestis e Transexuais., & Instituto Brasileiro de Transformação pela Educação. (2021). Dossiê dos Assassinatos e da violência contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2020. / Bruna G. B., & Sayonara, N. B. N. (Orgs).
- Aguiar, L.J.P. (2023). *O nó da solidão: uma análise sobre suicídio no Brasil*. (Tese de Doutorado em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul)  
<https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/10887/2/Tese%20-%20Laurem%20Janine%20Pereira%20de%20Aguiar.pdf>
- Antunes, P. P. S. (2016). Homofobia internalizada: o preconceito do homossexual contra si mesmo. Tese de doutorado em Psicologia Social. Programa de estudos Pós-graduados em Psicologia Social; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Antunes, D. C., & Zuin, A. Á. S. (2008). Do bullying ao preconceito: os desafios da barbárie à educação. *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 33–41. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000100004>
- Araújo, T. B. (2022). Suicídio, política e sociedade: elementos para uma suicidologia crítica. In: Lima, L., Navasconi, P. V. P (Orgs). (Re)Pensando o Suicídio. Subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriepistêmicos. (pp. 67-95). EDUFBA
- Araújo, T. B. (2021). Suicídio LGBTQIA+: Dissidências a suicidologia tradicional. In: Filho, H. C. Tratado de suicidologia. No prelo.
- Araújo, T. B. (2019). Suicídio LGBTQIA+: do sofrimento ético-político as políticas públicas de prevenção. *Sexualidade e Política: revista brasileira de políticas públicas LGBTI+*, 01(01).. 323-345.
- Arfuch, L. (2002). El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea. Fondo de Cultura Económica.
- Avelar, D. (2023). Brasil tem um novo projeto de lei anti-trans por dia, e ‘efeito Nikolas’ preocupa. Folha de São Paulo. <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2023/03/brasil-tem-um-novo-projeto-de-lei-antitrans-por-dia-e-efeito-nikolas-preocupa.shtml>
- Avelar, D. (2024). Brasil tem pelo menos 77 leis antitrans em vigor em 18 estados. Folha de São Paulo. <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2024/01/brasil-tem-pelo-menos-77-leis-antitrans-em-vigor-em-18-estados.shtml>
- Baére, F. (2018). *O gênero no comportamento suicida: o sofrimento psíquico em dissidências sexuais*. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília.
- Baére, F. (2019). A mortífera normatividade: O silenciamento das dissidências sexuais e de gênero suicidadas. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, 02 (01). 128-140.
- Bagagli, B.P. (2021). Abordando estereótipos de gênero e cisgeneridade: entre a subversão e resistência nos discursos transfeministas e feministas radicais trans-excludentes. *Leitura*, n. 69. Especial “Discurso, Gênero, Resistência”. 55-68.
- Bahls, S. C., & Botega, N. J. (2007). Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In M. F., Mello, A. A. Mello, & R. Kohn, (Orgs.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 151- 172). Artmed.
- Becker, M. (2020). A mulher submersa. Urutau.
- Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. Ed. Unesp.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2004). Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In Werlang, B.S.G.; Botega, J.J. (Eds.). *Comportamento suicida*. Artmed.

- Berkins, L. (2012). Travestis: una identidad política. In *Pensando los feminismos en Bolivia*. (Serie Foros 2). (pp. 221-228). La Paz: Conexión Fondo de Emancipación. Recuperado a partir de
- Bezerra, D. S., Bezerra, A.K., Souza, R.C.M., Nogueira, W.B.A.G, Bonzi, A.R.B., & Costa, L.M.M. (2018). Homens transexuais: invisibilidade social e saúde mental. *Temas em Saúde*, 18(1).
- Binkowski, G. (2019). Fósseis do campo psi: sobre conversão de orientação sexual e gênero. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39 (nspe.3), 236-241. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228542>
- Boccardi, D. O. (2021). *Viver não é preciso. Discursos sobre o suicídio no século XXI*. Ed. Via Verita.
- Bosi, E. (1987). *Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos*. São Paulo: Edusp.
- Bosi, E. (2003). *O tempo vivo da memória*. Ateliê Editorial.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Artmed.
- Brandão, T. O., & Germano, I. M. P. (2009). Experiência, memória e sofrimento em narrativas autobiográficas de mulheres. *Psicologia e Sociedade*, 21(1), 5-15.
- BRASIL. (2010). Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.955 de 18 de agosto de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo. *Diário Oficial da União*, n. 170, seção 1, p. 109-110.
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge
- Butler, J. (2009). Desdiagnosticando o gênero. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(1): 95-126. <https://www.scielo.br/j/physis/a/Xg4SdtQL64jBYZgm9q4MyMH/?format=pdf&lang=pt>
- Butler, J. (2011) Prólogo: transexualidade, transformaciones. In: MISSÉ, Miquel; COLL-PLANAS, Gerard. (ed.) *El género desordenado: críticas em torno a la patologización de la transexualidade*. Egales.
- Butler, J. (2016). *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2020). *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. 1ª ed. 1ª reimp. Autêntica.
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
- Canetto, S. S. (2008). Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259.
- Castiel, L.D., & Diaz, C.A.D. (2007). A Promoção de Estilos de Vida Saudável. In: *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 73-76. <https://doi.org/10.7476/9788575412336.0010>.
- Cortes, H. M., Araújo, L. M. P. (2020). Repercussão da Exclusão social na saúde mental de pessoas transgeneras. XI Congresso Internacional ASPESM. Repercussões da exclusão social na

saúde mental de pessoas transgêneras. [https://issuu.com/spesm/docs/final\\_e-book\\_2020\\_congresso\\_online-3\\_2/s/13039708](https://issuu.com/spesm/docs/final_e-book_2020_congresso_online-3_2/s/13039708)

- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa & projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. Ed. Penso.
- Dantas, E. S. O., Meira, K. C., Bredemeier, J., & Amorim, K. P. C. (2023). Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5), 1469–1477. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>
- Demetri, F.D., & Toneli, M.J.F. (2017). Performatividade contra a precariedade: modulações do sujeito político na obra de Judith Butler. *Revista Psicologia Política*, 17(39), 318-326.
- Do Carmo Barretos, D., Ziller, J., Prado, M.A.M. (2022). Da constituição da diferença à indiferença do morrer: produções e contraproduções acerca das mortes (e vidas) trans. *Contracampo*, Niterói, 41(2), p. 1-16. <http://doi.org/10.22409/contracampo.v41i2.52819>
- Durkheim E. (2017). *O suicídio: um estudo sociológico*. 1ª ed. Edipro.
- Favero, S. R., & Machado, P. S. (2019). Diagnósticos benevolentes na infância: crianças trans e a suposta necessidade de um tratamento precoce. *Revista Docência E Ciberultura*, 3(1), 102–126. <https://doi.org/10.12957/redoc.2019.40481>
- Fassin, D. (2005). Governar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los imigrantes. *Educación*, 56(2):201-226.
- Fassin, D. (2009). Another politics of life is possible. *Theory, Culture, Society*, Los Angeles/London/New Delli/ Singapore, v.26, n.5, p.44-60.
- Fassin, D. (2012). *Humanitarian reason: a moral history of the present*. University of California Press.
- Fassin, D. (2014). *Compaixão e Repressão: A Economia Moral das Políticas de Imigração na França*, Ponto Urbe [Online]. <http://journals.openedition.org/pontourbe/2467>; DOI: <https://doi.org/10.4000/pontourbe.2467>
- Filho, J.M. (2021). *Desenvolvimento Infantil e violência institucional contra crianças e adolescentes Panorama*. In: Fórum Nacional Sobre Violência Institucional Contra Crianças e Adolescentes: Boas Práticas na Implementação dos Sistemas de Informação para Infância e Adolescência. ORG. Brasil, Governo Federal, Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos. <https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2021/09/Forum-Nacional-sobre-Viole%CC%82ncia-Institucional-na-Inf%CC%82ncia-e-Adolesce%CC%82ncia.pdf>
- Foucault, M. (2007) *A Arqueologia do Saber*. 7. ed. Forense Universitária.
- Foucault M. (2012). *História da Sexualidade I: a Vontade de Saber*. Graal.
- Fukumitsu, K. O. (2013). *O processo de luto do filho da pessoa que cometeu suicídio*. [Tese de Doutorado], Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

- Gaudenzi, P. (2018). Intersexualidade: entre saberes e intervenções. *Cad. Saúde Pública* 34(1).  
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00000217>
- Grant, J.M., Motter L.A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J.L. (2011). Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey. Disponível em:  
[https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS\\_Exec\\_Summary.pdf](https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Exec_Summary.pdf).
- Gros, F. (2023). A vergonha é um sentimento revolucionário. Ubu.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed?. *Death studies*, 36(7), 605–626. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584015>
- Hjelmeland, H. (2016). A critical look at current suicide research. In: WHITE, Jennifer et al (Ed.). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century*. Vancouver: UBC Press. p.31-55.
- Hatzenbuehler, M. L. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics*, 127(5), 896-903. doi: 10.1542/peds.2010- 3020
- Han, B. (2014). *Psicopolítica: neoliberalismo e novas técnicas de poder*. Herder Editorial.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., ... & Russell, S. T. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of homosexuality*, 58(1), 10-51.
- Jaworski, K. (2010). The gender-ing of suicide. *Australian Feminist Studies*, 25(63), 47- 61.
- Junqueira, R. D., & Prado, M. A. M. (2020). A Gestão Ético-Política da Pandemia de Covid-19 no Brasil: Grupo de Risco" e Normalização da Catástrofe. Recuperado de  
<https://campanha.org.br/acervo/a-gestao-etico-politica-dapandemia-de-covid-19-no-brasil-grupo-de-risco-e-normalizacao-da-catastrofe/>
- Kingsbury, M., Hammond, N. G., Johnstone, F., & Colman, I. (2022). Suicidality among sexual minority and transgender adolescents: a nationally representative population-based study of youth in Canada. *CMAJ : Canadian Medical Association journal* 194(22), E767–E774.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.212054>
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: Converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 44. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>
- Kopper, M. (2014). Nos limites da intervenção: A antropologia crítica de Didier Fassin. *Mana*, 20(02): p.355-370.

- Kuper, L.E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., Lopez, X. (2020) Body Dissatisfaction and Mental Health Outcomes of Youth on Gender-Affirming Hormone Therapy. *Pediatrics*. 2020 Apr;145(4):e20193006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220906/>
- Lima, L. (2020). *Deverei velar pelo outro? Suicídio, estigma e economia dos cuidados*. Dialética.
- Lytle, M. C. et al. Association of religiosity with sexual minority suicide ideation and attempt. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 54, n. 5, p. 644–651, 2018. Elsevier Inc. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29550162/>
- Lopes, F.H. (2008). *Suicídio & saber médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX*. Apicuri.
- Lowenkron, L. (2015). Consentimento e Vulnerabilidade: alguns cruzamentos entre o abuso sexual infantil e o tráfico de pessoas para fim de exploração sexual. *Cadernos Pagu*, (45), 225–258. <https://doi.org/10.1590/18094449201500450225>
- Lowenkron, L. (2016). Menina ou moça?: Menoridade e consentimento sexual. *Desidades*, 10, 9-18. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2318-92822016000100002&lng=pt&tlng=pt.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822016000100002&lng=pt&tlng=pt)
- Machado, P. S. (2008) *O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Machado, P.S. & Favero, S.F. (2022). Entre a pressa e a demora. Infância de travestis e pessoas trans sob a lógica do relógio. In: *Travestilidades em diálogo na pista acadêmica*. Orgs. Prado, M.A.M & Freitas, R.V. Autêntica.
- Mamed, A. (2022). *Apontamentos para uma clínica compreensiva da perda. Um estudo sobre o luto decorrente do suicídio e um ensaio sobre o luto enquanto uma categoria ético-política*. Editora Dialética.
- Marsh, I. (2010). *Suicide: Foucault, history, and truth*. Cambridge University Press.
- Marsh, I. (2016). Critiquing contemporary suicidology. In: WHITE, Jennifer et al (Ed.). *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century*. UBC Press, 2016. p.15-30.
- MBembe, A. (2018). *Necropolítica*. 3. Ed. n-1 edições.
- Minayo, M. C. S., & Guerriero, I. C. Z. (2014). Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1103-1112.
- Ministério da Saúde. (2013). Portaria 2.803 de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, n. 226, seção 1, p. 25-30

- Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. (2019, 09 de abril). *Políticas Familiares*. Gov.br. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/politicas-de-prevencao>
- Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos. (2019). *O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida*. <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2019/01/20190104-Manual-de-estudos-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-do-Suicidio-MDHMC.pdf>.
- Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. (2020, 23 de novembro). *Nota*. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/novembro/nota-1>
- Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. (2022). *A família como suporte para lidar com o desafio do Bullying*. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/cartilhas-fbtc-conteudos/1-a-familia-como-suporte-para-lidar-com-o-desafio-do-bullying.pdf>
- Minois, G. (2018). *História do Suicídio. A sociedade ocidental diante da morte voluntária*. Traduzido por Fernando Santos. Unesp.
- Mombaça, J. (2016). Rastros de uma Submetodologia Indisciplinada. *Concinnitas* 01(28).
- Mombaça, J. (2021). *Não vão nos matar agora*. Editora Cobogó.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 253(1), 1-8.
- Muylaert, C.J., Jr, V.C., Gallo, P.G., Neto, M.L.R., Reis, A.O.A. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Rev Esc Enfermagem USP*. DOI: 10.1590/S0080-623420140000800027
- Navasconi, P.V.P. (2022). Reflexões sobre o fenômeno do suicídio em corpos negros LGBTQIA+ marcados para morrer, mas que recusam a ontologia colonial. In: Lima, L., Navasconi, P. V. P. (Orgs). *(Re)Pensando o Suicídio. Subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos*. (pp. 149-172). EDUFBA.
- NUH UFMG. (2020). *Análise da Resolução CFM 2265, de 20 de setembro de 2019*. Disponível em: <https://www.nuhufmg.com.br/2020/01/24/analise-da-resolucao-cfm-2265-de-20-de-setembro-de-2019/> Acesso em: 10 nov 2023.
- Oliveira, M. R. (2017). *O diabo em forma de gente: (R)Existências de gays afeminados, viados e bichas pretas na educação*. Curitiba: Prisma.
- Oliveira, A. C. G. A. (2015). Os corpos refeitos: A intersexualidade, a prática médica e o direito a saúde. *Revista de Biodireito e Direito dos Animais* (1)2. <https://indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/19/0>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2002. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS.

- Orozco Villa, E.O. (2021). “El suicidio en disputa: aproximación crítica a la asociación entre suicidio y sexualidades no heteronormativas. *Saúde e Sociedade* 31(1). doi 10.1590/S0104-12902021200073.
- Pedro, R. M. L. R., & Moreira, M. C. Conhecer, intervir, partilhar: pistas para a pesquisa psicossocial na construção de mundos possíveis. (2021). *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 16(2), São João del-Rei, abril-junho de 2021. e-4379.
- Perucchi, J., Brandão, B. C., Vieira, H. I. S. (2014). Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. *Estudos de Psicologia (Natal)* 19(1). doi <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000100009>
- Pfeil, B., & Pfeil, C. (2021). Sobre o aniquilamento de corpos invisíveis: Reflexões sobre transmasculinidades e suicídio. *Revista de Estudos Transviades*, 2(4), 117-126. <https://revistaestudostransviades.files.wordpress.com/2021/12/revista-estudos-transviades-v.-2-n.-4-2021.pdf>
- Pinto, J.A. (2005). Tempo dos mortos. Topbooks Editora.
- Pinto, I. V., Andrade, S. S. A. A., Rodrigues, L. L., Santos, M. A. S., Marinho, M. A., Benicio, L. A., Correia, R. S. B., Polidoro, M., & Canavese, D. (2020). Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 23(01) <https://doi.org/10.1590/1980-549720200006.supl.1>.
- Plöderl, M., Sellmeier, M., Fartacek, C., Pichler, E. M., Fartacek, R., & Kralovec, K. (2014). Explaining the suicide risk of sexual minority individuals by contrasting the minority stress model with suicide models. *Archives of sexual behavior*, 43(8), 1559-1570.
- Pocahy, F. (2011). A idade um dispositivo. A geração como performativo. Provocações discursivo-desconstrucionistas sobre corpo-gênero-sexualidade. *Polis & Psique*. 1, 195-211.
- Prado, M.A.M, & Machado, F. V. (2008). *Preconceito contra homossexualidades: A hierarquia da invisibilidade*. Cortez Editora.
- Prado, M. A., & Junqueira, R. D. (2011). Homofobia, hierarquização e humilhação social. In G. Venturi, & V. Bokany (Orgs.), *Diversidade sexual e homofobia no Brasil* (pp. 51-71). Fundação Perseu Abramo.
- Prado, M.A.M. (2018). *Ambulare*. Belo Horizonte (MG). PPGCOM UFMG.
- Preciado, P. B. (2020). Um apartamento em Urano: Crônicas da Travessia. Zahar.
- Preu, R.O., Brito, C.F. (2019). Patologização da Transexualidade: Uma leitura crítica das transformações ocorridas nas três últimas versões do DSM. *Gênero*, 19(2). 134-158. <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31328/18417>

- Pouliot, L., Leo, D. (2006). Critical Issues in Psychological Autopsy Studies. Suicide And Life-threatening. *Behavior*, 36(5) .491-510. <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.491>.
- Rancière, J. (1996). O desentendimento: política e filosofia. Trad. Ângela Leite Lopes. Editora 34.
- Robine, J.M (2006). O self desdobrado – Perspectiva de campo em Gestalt-terapia. Summus.
- Rodrigues, G.F., Cardoso, C.L. (2021). Suicídio, gênero e sexualidades: uma leitura gestáltica sobre o suicídio da população LGBTI+. In: *Com-textos em Gestalt-terapia e Análise Existencial*. / José Paulo Giovanetti, Claudia Lins Cardoso, Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista (organizadores) – Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
- Rodrigues, G.F. (2022). Processos de Luto e de Suicídio nas fronteiras do gênero e da Sexualidade. In: *Por uma Gestalt-terapia crítica e política: relações raciais, gênero e diversidade sexual*. Mônica Alvim; Paulo Barros; Silvia Alencar; Vanessa Brito (Orgs.) -Editora Fi.
- Rudmin, F.W, Ferrada-Noli M, Skolbekken J.A. (2003). Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide. *can J Psychol*. Sep;44(4):373-81. doi: 10.1111/1467-9450.00357. PMID: 12887559.
- Saraiva, L. F. de O. (2016). A familiarização da assistência social: promoção de direitos e gestão da vida no encontro entre vulnerabilidades, (des)proteção e periculosidade. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
- Santos, W. R. dos. (2017, ago./dez.). O circuito familista na Política de Assistência Social. *Textos & Contextos*, 16(2), 388-402. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/24250>
- Sawaia, B. B. (2017). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia, B.B. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 14. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2017. p. 99-119.
- Schutze, F. (1992). Pressure and guilt: war experiences of a young german soldier and their biographical implications. Part. 1. *Internacional Sociology*, 7(2), 187-208.
- Shiba, A.S. (2021). Panorama geral das questões de gênero na infância e adolescência impacto na saúde física e mental (ebook). In: Fórum Nacional Sobre Violência Institucional Contra Crianças e Adolescentes: Boas Práticas na Implementação dos Sistemas de Informação para Infância e Adolescência. ORG. Brasil, Governo Federal, Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos. <https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2021/09/Forum-Nacional-sobre-Viole%CC%82ncia-Institucional-na-Inf%CC%82ncia-e-Adolesce%CC%82ncia.pdf>
- Silva, J. L. (2017). *Suicídios invisibilizados: investigação dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. doi:10.11606/T.6.2017.tde-20042017-154508.

- Silva, G.W.S, Meira, K.C, Azevedo, D.M, Sena, R.C.F, Lins, S.L.F, Dantas, E.S.O, Miranda, F.A.N. (2020a). Fatores associados à ideação suicida entre travestis e transexuais assistidas por organizações não governamentais. *Cien Saúde Colet*.  
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-ideacao-suicida-entre-travestis-e-transexuais-assistidas-por-organizacoes-nao-governamentais/17489>
- Silva, T. T. (2000). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Vozes.
- Souza E. R, Prado, M. A. M., & Machado P. S. (2015). *Transexualidades e saúde no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans*. Minas Gerais (BH): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2015. Relatório técnico n° 32/2012.
- Stone, S. (1991/2007). *The Empire Strikes back: The posttranssexual manifesto*. Disponível em: <http://sandystone.com/empire-strikes-back>
- Teixeira-Filho, F.S., Rondini, C.A. (2012). Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde e Sociedade* 21(3) pp. 651-667.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300011>
- Tolentino, L. L. R. (2023). *Adolescente demais para ser travesti - Acolhimento institucional de jovens trans no município de Belo Horizonte*. (Tese de Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F., & Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*, 144(6), 723-733. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>
- Tonietto, C. (2021). *A desconstrução da identidade promovida pela ideologia de gênero* (ebook). In: Fórum Nacional Sobre Violência Institucional Contra Crianças e Adolescentes: Boas Práticas na Implementação dos Sistemas de Informação para Infância e Adolescência. ORG. Brasil, Governo Federal, Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos.  
<https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2021/09/Forum-Nacional-sobre-Viole%CC%82ncia-Institucional-na-Inf%CC%82ncia-e-Adolesce%CC%82ncia.pdf>
- Tordoff, D.M., Wanta, J.W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D.J., Ahrens, K. (2022) Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Netw Open*. 2022 Feb 1;5(2):e220978. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.0978. Erratum in: *JAMA Netw Open*. 2022 Jul 1;5(7):e2229031. PMID: 35212746; PMCID: PMC8881768.
- Vergueiro, V. (2015). *Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade*. Dissertação de Mestrado

do Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade (Poscultura), Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans\* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS and Behavior*, 20(10), 2203-2211. doi: 10.1007/s10461-016-1409-7

Wolford-Clevenger, C., Frantell, K., Smith, P. N., Flores, L. Y., & Stuart, G. L. (2018). Correlates of suicide ideation and behaviors among transgender people: A systematic review guided by ideation-to-action theory. *Clinical psychology review*, 63, 93–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.009>

World Health Organization. (2021). Suicide. World Health Organization, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/suicide>

White, J.; marsh, I.; kral, M.J.; Morris, J. (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century*. UBC Press.

Yogyakarta Principles. (2017). Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the yogyakarta principles. Geneva. [http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5\\_yogyakartaWEB-2.pdf](http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf)

Zeluf, G., Dhejne, C., Orre, C., Mannheimer, L. N., Deogan, C., Höijer, J., Winzer, R., & Thorson, A. E. (2018). Targeted Victimization and Suicidality Among Trans People: A Web-Based Survey. *LGBT health*, 5(3), 180–190. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0011>